

Clinica Médica

TROMBOSE VENOSA CEREBRAL: COMO IDENTIFICÁ-LA?

A trombose venosa cerebral (TVC) é uma doença cerebrovascular pouco conhecida, com múltiplas manifestações clínicas e muitas vezes subdiagnosticada. Embora relativamente rara, é uma das principais causas de AVC em jovens e mulheres e está associada a um bom prognóstico quando tratada precocemente. A TVC acomete o seio sagital superior em 72% a 92% dos casos e seios laterais em 38% a 70%, geralmente com progressão da trombose de um sistema venoso para outro(s), determinando congestão venosa e edema cerebral vasogênico difuso ou focal. A trombose pode progredir para as veias cerebrais superficiais ou profundas, culminando com infartos venosos hemorrágicos.

Ao contrário do que ocorre no AVCI, a cefaléia, difusa ou localizada, é o sintoma mais freqüente na TVC (70% a 91%). Geralmente é intensa e pode se acompanhar de défices focais (34% a 79%), papiledema (50%), diplopia, embasamento visual, convulsões e alterações da consciência, ambas em 26% a 63%. Os sintomas podem progredir em 48 horas em 28% a 54% dos casos, mas em 25% a 30% há evolução em período superior a 30 dias, muitas vezes como síndrome pseudotumoral.

O diagnóstico da TVC pode ser suspeitado com a tomografia de crânio contrastada, porém a ressonância magnética (RM) de crânio com angiopressão venosa é o método diagnóstico de eleição, pois permite a visualização dos trombos venosos. O método pa-

drão ouro ainda é a angiografia cerebral digital que só é solicitada na suspeita de falso-negativo à RM, como na TVC só de veias corticais. Entre as causas de TVC, destacam-se a gravidez e o puerpério, medicamentos (anticoncepcionais orais, danazol), síndrome antifosfolípide primária, trombofilias hereditárias (deficiências de proteínas C e S, de antitrombina III, fator V de Leiden, mutação 20210 G®A do gene da protrombina) e infecções para-meningeas. Preconiza-se o tratamento anticoagulante com heparina endovenosa, seguida de anticoagulação oral (6 meses ou mais, dependendo da etiologia). Conforme a evolução, pode ser necessário o uso de corticóides (cefaléia, piora clínica) e de anticonvulsivantes. O prognóstico pós-tratamento é relativamente favorável, com seqüelas graves em torno de 14% e mortalidade de 6% a 15%.

ÉRICA CRISTINA SÁ DE CAMARGO
LUIZ ALBERTO BACHESCHI

Referência

I. Bousser MG, Russel RR. Cerebral venous thrombosis. London W.B. Saunders, 1997.

Clinica Cirúrgica

DOENTE PORTADOR DE CONDILOMA ACUMINADO PERIANAL RECIDIVANTE. O QUE FAZER?

Dados da literatura indicam recidiva dos condilomas acuminados anais entre 4% e 84% dos doentes, independentemente do tipo de tratamento realizado. Acredita-se que a

agressividade viral e as imunidades, sistêmicas e local, estejam relacionadas a esse fato. Na presença da infecção pelo papilomavirus humano (HPV), esses três fatores, associados ou não, provocariam aumento da proliferação celular determinando aparecimento de displasias e neoplasias e recidivas mais freqüentes. Nesses doentes, a coleta de material é importante para definir o padrão histológico (avaliar a associação com displasias e neoplasias), identificar o tipo viral (para conhecer o padrão oncogênico) e, quando possível, realizar testes com marcadores da proliferação celular (fatores prognósticos para displasias e recidivas). Para isolar o tipo viral, a PCR (reação em cadeia da polimerase) parece ser o teste mais eficaz. O método imunohistoquímico de coloração pelo KI-67 tem mostrado os melhores resultados na definição do fator de proliferação celular. Quanto ao tratamento, temos seguido os seguintes passos:

- Utilização de medicação tópica previamente à operação que, além de diminuir os condilomas em número e tamanho, prolonga o período sem recidivas.
- Caso persistirem as lesões, ressecção com tesoura, em sua base junto à pele, e controle dos pontos sangrantes com eletrocautério sob raqui anestesia ou anestesia local.
- Indicar interferon beta (IFN b) intramuscular, em dias alternados, até 12 ou 15 aplicações de três milhões de unidades. Espera-se até 30 dias para avaliar o resultado. O tratamento poderá ser repetido após seis meses, caso seja necessário.

Nos doentes imunodeprimidos, a contagem de linfócitos T CD4+ tende a aumentar, mostrando melhora da imunidade celular. Segundo a literatura, o IFN b elimina as verrugas anais de 50% dos doentes. Todavia, tem sua melhor indicação após a ressecção cirúrgica de condilomas crônicos e recidivantes, devendo ser evitado

em portadores de neoplasma maligno e usuário de drogas imunossupressoras.

SIDNEY ROBERTO NADAL
CARMEN RUTH MANZIONE

Referências

1. Bonnez W, Oakes D, Bailey-Farchione A et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of systemically administered interferon-alpha, -beta, of-gamma in combination with cryotherapy for the treatment of condyloma acuminatum. *J Infect Dis* 1995; 171:1081-9.
2. Bornstein J, Pascal B, Zarfati D et al. Recombinant human interferon-beta for condyloma acuminatum: a randomized, double-blind, placebo-controlled study of intralesional therapy. *Inst J STD AIDS* 1977; 8:614-21.
3. Dinsmore W, Jordan J, O'Mahony et al. Recombinant human interferon-beta in the treatment of condyloma acuminatum. *Inst J STD AIDS* 1997; 8:622-8.
4. Nadal, SR; Manzione CR; Horta SHC et al. Tratamento tópico dos condilomas acuminados perianais em doentes HIV +. *Rev Bras Coloproctol* 1999; 19:79-82.

Ginecologia

O TUMOR DE OVÁRIO PODE SER ABORDADO POR VIDEOLAPAROSCOPIA?

Não há consenso na abordagem videolaparoscópica dos tumores de ovário, pois envolve a possibilidade de tratar de um tumor maligno e sua manipulação indevida levar a uma mudança de estadiamento e prognóstico. Para tanto, deve-se levar em

consideração a experiência, habilidade cirúrgica em videolaparoscopia e conhecimentos básicos de oncologia.

Caso Clínico

RS, 30 anos, nulípara, nuligesta, com queixa de dor inespecífica no baixo ventre há 6 meses. Nega antecedentes pessoais e familiares relevantes. O exame ginecológico revelou útero de tamanho normal, anexo direito aumentado de volume com diâmetro aproximado de 5cm e anexo esquerdo irreconhecível.

Foi realizada ultra-sonografia endo-vaginal, que revelou útero com tamanho e superfície normais, presença de tumor ovariano direito com diâmetro de 4,8 cm aspecto cístico com algumas áreas sólidas no seu interior. Ovário E de características normais. A dosagem plasmática de CA 125 foi de 35 (normal para população até 30). Em função dos dados anteriores, foi solicitada ultra-sonografia com doppler que se mostrou inconclusiva.

Com estes dados foi indicado uma videolaparoscopia. Logo após a introdução da ótica e colocação do primeiro trocarte auxiliar, foi colhida amostra de líquido peritoneal para exame citológico. O inventário da cavidade não mostrou alterações relevantes. Foi identificado ovário direito aumentado de volume por um tumor de 5cm, de aspecto liso aderido à fossa ovárica direita. O útero se mostrou normal e o anexo E também.

Em função dos resultados obtidos pela ultra-sonografia, dosagem de CA 125 e aspecto laparoscópico, decidiu-se por uma ooforectomia. A ooforectomia foi realizada sem que houvesse ruptura do tumor. Para retirada do ovário utilizou-se um dispositivo chamado "endobag", que impede que haja ruptura do tumor para dentro da cavidade peritoneal. Realizada a biópsia de congelação, o resul-

tado revelou tumor de ovário "border-line". Em função de se tratar de paciente nuligesta, optou-se somente por ooforectomia D. Dois anos após, a paciente engravidou e na ocasião da cesárea procedeu-se à avaliação da cavidade abdominal e especialmente do ovário E que se mostrou normal.

A abordagem laparoscópica no manejo de massas ovarianas tem sido utilizada desde os anos 70, principalmente pelo grupo pioneiro de Clermont-Ferrand. Numa série de 826 casos não houve nenhum caso de falso negativo para câncer de ovário. Certamente, esta qualidade de acerto deve-se a um protocolo instituído previamente à abordagem laparoscópica, aliado a um protocolo instituído durante o procedimento videolaparoscópico. Este protocolo pré-operatório necessariamente inclui história clínica, exame pélvico, exame ultra-sonográfico de boa qualidade e avaliação da dosagem do CA 125, principalmente em mulheres pós-menopausa. Se este protocolo sinaliza para um diagnóstico altamente provável de tumor maligno, sugere-se a laparotomia como via de acesso. Nos casos em que o protocolo deixa dúvidas sobre a possibilidade de malignidade, a videolaparoscopia pode ser a via de acesso utilizada seguindo um protocolo intra-operatório. O protocolo intra-operatório compreende coleta de citologia peritoneal logo no início do procedimento, boa experiência e critérios rígidos na identificação de sinais macroscópicos de benignidade e malignidade, retirada cuidadosa do tumor sem rompê-lo, e remoção de todo material com utilização de "bags" endoscópicos. Desta maneira, o procedimento laparoscópico não trará prejuízos para a paciente, mesmo que a biópsia de congelação revele um tumor invasivo. Nos casos da biópsia de congelação revelar tumor invasivo, converte-se a videolapa-

roscopia para laparotomia e faz-se o tratamento cirúrgico convencional.

Por outro lado, como a técnica laparoscópica se popularizou na prática geral, várias equipes com graus de experiência e conhecimentos oncológicos variados têm utilizado a videolaparoscopia de maneira inadequada, sem protocolo prévio e manejo intra-laparoscópico adequado, originando prejuízos para pacientes portadoras de tumores borderline e invasivos

Blanc et al., numa revisão de 60 casos de tumores border-line e 18 invasivos, relatam que os mesmos não foram diagnosticados e abordados adequadamente por cirurgias através da laparoscopia. Por outro lado, não se tem relatos dos casos não diagnosticados e não tratados adequadamente através da laparotomia.

FRANCESCO VISCOMI

Referência

Cani M, Mage G, Pouly JT, Wattiez AW, Manhes H, Bruhat MA. Laparoscopic diagnosis of adnexal cystic masses: 12 year experience with long-term follow-up. *Obstet Gynecol* 1994; 83 (5pt 1): 707.

Medicina Baseada em Evidências

QUAIS AS MEDIDAS IMEDIATAS NO CHOQUE ANAFILÁTICO?

O choque anafilático é a forma mais grave de reação de hipersensibilidade, desencadeada por diversos agentes como drogas, alimentos e contrastes radiológicos. Os sinais e sintomas podem ter início após segundos à exposição ao agente ou até uma

hora depois. O quadro típico é o de colapso cardiorrespiratório em poucos minutos. A avaliação e o tratamento imediatos são fundamentais para evitar a morte.

A perviedade da via aérea, a oferta de oxigênio por máscara e a administração de adrenalina devem ser imediatos e simultâneos. No paciente em colapso, a injeção intravenosa de adrenalina, na dose de 0,3 a 0,5 mg de uma solução de 1:10.000, é preferível. Se o acesso venoso não é disponível, a injeção no plexo venoso sublingual pode ser realizada. O uso subcutâneo da adrenalina, 0,3 a 0,5 mg da solução 1:1000, é indicada apenas àqueles que não estão em choque circulatório. A intubação orotraqueal imediata pode ser necessária. Angioedema e espasmo laríngeo podem tornar o acesso a via aérea impossível. Nestas circunstâncias, a punção da membrana cricótireoidea e ventilação a jato e/ou a cricótireoidotomia cirúrgica podem ser necessárias para manter a oxigenação cerebral.

Se o choque anafilático ocorreu durante a infusão de uma droga ou contraste radiológico, estes devem ser imediatamente suspensos. Se a reação ocorreu após uma mordedura em uma extremidade, um torniquete proximal pode retardar a disseminação do alérgeno, até que medidas de suporte básico estejam asseguradas. Os pacientes hipotensos devem ser colocados em posição de Trendelenburg, cabeça para baixo e pernas elevadas, e a infusão de solução salina fisiológica deve ser iniciada assim que obtido o acesso venoso. A hipotensão refratária deve ser revertida com drogas vasoativas como a dopamina, noradrenalina ou adrenalina. Corticosteróides por via intravenosa, metilprednisolona 125 mg, são indicados para minimizar a reação e devem ser mantidos por pelo menos 72 horas, assim como anti-histamínicos, como a difenilhidramina, 50 mg

por via endovenosa. Broncodilatadores inalatórios auxiliam no combate ao broncoespasmo. Anestesia geral e curarização podem ser necessárias na insuficiência respiratória grave. Reações tardias e recorrências são possíveis. Os pacientes tratados por colapso cardiorrespiratório exigem cuidados intensivos em terapia intensiva, com monitorização rigorosa dos sinais vitais e funções orgânicas.

LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO

Referências

1. Atkinson TP, Kaliner MA. Anaphylaxis. *Med Clin North Am* 1992; 76: 841-9.
2. Salomone JÁ. Anaphylaxis and acute allergic reactions. In: Tintinalli JE. *Emergency medicine. American College of Emergency Physicians*. 4th ed. New York: Mc Graw Hill; 1996. p. 209-11.

Obstetria

A PROGESTERONA NATURAL É A DROGA DE ELEIÇÃO NA PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO NASCIMENTO PREMATURO?

Qualquer processo desencadeador de contrações uterinas pode progredir para uma via comum caracterizada por um aumento progressivo da excitabilidade das fibras miométriais, desencadeando aumento da contratilidade uterina e dando início ao trabalho de parto prematuro.

Sabe-se que pacientes com elevado risco para o parto prematuro apresentam um estado de hipercontratibilidade uterina, provavelmente, em virtude da quebra do estado de quiescência uterina, comum às gestações normais. Em tal situação, poder-se-ia utilizar a progesterona, cujo principal objetivo é aumentar o limiar de excitabilidade uterina e, assim, diminuir as taxas de nascimentos prematuros. Esta pretensa compreensão da fisiologia da contratibilidade uterina tem despertado grande interesse teórico na utilização de progesterona para prevenir o parto prematuro. Além destes efeitos benéficos para as gestantes com risco para o parto prematuro, a progesterona natural é isenta de ação teratogênica, não promove distúrbios metabólicos ou hemodinâmicos, ao contrário dos progestagênios de outrora. A partir de então, novas perspectivas foram alcançadas, baseando-se nas evidências fisiológicas de sua ação. Alguns estudos sugeriram a utilização de progesterona natural, desenvolvida em uma fórmula galênica que possibilitou a utilização oral, e mais recentemente, após 1980, na França, surgem os primeiros trabalhos com progesterona natural micronizadas, que possibilitou maior absorção. A via vaginal e a retal podem ser prescritas, pois além demonstrarem os mesmos efeitos benéficos, não foi observado os inconvenientes da primeira passagem hepática. Deste modo, a utilização de progesterona natural por via vaginal não determinou efeitos colaterais adversos com a evolução pré-natal nem associou-se a alterações neonatais. Os resultados preliminares de um estudo duplo-cego realizado em um hospital universitário têm sido promissores. Entretanto, deve-se ratificar que as evi-

dências atuais sugerem benefícios na utilização tópica de progesterona natural em pacientes com elevado risco para o parto prematuro espontâneo. Por enquanto, sua administração não dispensa a utilização de métodos preditivos para o parto prematuro, tais como: ultra-sonografia transvaginal, a monitorização das contrações. A administração de progesterona tópica natural em pacientes assintomáticas com risco tem por finalidade manter o “bloqueio progestagênico”, que determina a quiescência uterina e, por consequência, a diminuição do risco do parto prematuro (prevenção secundária). Assim, diminui-se a incidência do nascimento prematuro ou a possibilidade do emprego de medidas desnecessárias, como as internações hospitalares e a tocólise intempestiva, as quais são, indubitavelmente, de alto custo social.

EDUARDO BORGES DA FONSECA

Referências

1. Bittar RE, Yamasaki AA, Sasaki S, et al. Cervical fetal fibronectin in patients at increased risk for preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 178-81.
2. Lockwood CJ & Kuczynski E. Markers of risk for preterm delivery. *J Perinat Med* 1999; 27: 5-20.
3. Carbilhons L, Uzan M, Challier JC. Fetal placental and decidual placental units: role of endocrine and paracrine regulations in parturition. *Fetal Diagn Ther* 2000; 15: 308-18.
4. Fonseca EB, Bittar RE, Zugaib M. The use of natural progesterone in prevention of preterm delivery in high risk women for preterm birth [abstract]. In: XVI World Congress of International Federation of Gynecology and Obstetrics; 2000; Washington.

Pediatria

QUAL A CONDUTA TERAPÊUTICA ANTIFÚNGICA MAIS SEGURA NA CRIANÇA GRAVEMENTE ENFERMA?

Lactente MAS de 1 mês e 20 dias, masc., branco, nascido de parto normal em maternidade, pesando 2.200 g, trazido pelos pais, apresentou problemas na respiração tendo ficado internado no berçário por duas semanas; recebeu alta com 2.350 g, e foi amamentado com leite de vaca modificado em diluição correta. Após duas semanas em casa, parou de se alimentar, ficou “paradinho” e no pronto-socorro pós-exames fizeram o diagnóstico de infecção urinária. Ficou dois dias internado, e recebeu soro e medicação na veia que não soube informar. Foi dada alta com antibiótico via oral, e em casa foi piorando; pouco aceitou o remédio via oral e desenvolveu diarreia, procurando nosso serviço há 13 dias. Foi confirmado o diagnóstico de ITU, sem sinais de sepse na internação e medicado com ceftriaxone, confirmado como sensível para a *E. coli* isolada da urina. Após melhora inicial, voltou a fazer febre no 5º dia e com a piora do estado geral foi introduzida vancomicina; retirado o cateter endovenoso, a cultura de ponta mostrou um *S. aureus*, resistente à oxa-

cilina; o hemograma dessa fase da evolução mostrava uma leucopenia com neutropenia (450 neutrófilos/ mm^3). Após 96 horas da introdução da vancomicina, a febre persistia e o estado geral era precário; foi, então, colhida urina e identificado no dia seguinte uma *Candida* em duas amostras por punção supra púbrica; na hemocultura onde houve crescimento de *Candida não-albicans* (*Candida guilliermondii*); o estado geral da criança é grave e a questão é qual a conduta mais segura nesse momento?

Trata-se de um lactente, neutropênico, com febre prolongada apenas do esquema terapêutico antibacteriano; essa condição já deve servir de alerta para a possibilidade de em 20% dos casos estar acontecendo uma infecção fúngica; e de fato estava, o que foi confirmado pela candidúria e após uma candidemia evidenciada pela hemocultura positiva para *Candida*, que tipada revelou não ser *albicans*; para um neutropênico, a conduta já deveria ter sido tomada pela persistência da febre após 96 horas da introdução de vancomicina; estaria indicada empiricamente o uso da Anfotericina B, associada ou não ao fluconazol, até identificação dos eventuais testes de sensibilidade; a introdução precoce de terapêutica antifúngica eficaz é crítica para a evolução do neutropênico; de outra parte, é absolutamente necessário o apoio do laboratório na identificação das *Candidas* mais freqüentemente identificadas na região; essa observação é muito importante em função do diferente comportamento de susceptibilidade das diferentes *Candidas*. De modo geral, as *Candidas tro-*

picalis, *albicans* e *parapsilosis* são sensíveis à anfotericina; as *Candidas*, *glabrata* e *krusei* são relativamente resistentes ao fluconazol; as *Candidas lusitanae* e *guilliermondii* são naturalmente resistentes à anfotericina. Dessa forma, alguns autores recomendam que nos casos graves ou em pacientes neutropênicos, em regiões de maior freqüência de identificação de *Candidas* não sensíveis à anfotericina ou azóis, quando não houver o apoio laboratorial adequado, que se use a associação da anfotericina B com fluconazol. Para tal associação, existe a descrição de antagonismo “in vitro”, entretanto, alguns outros sugerem que “in vivo” há um efeito aditivo e nenhuma interação. No caso em discussão, com a identificação da *Candida guilliermondii*, estaríamos indicando o uso do fluconazol de forma isolada; anteriormente, quando da introdução empírica da terapêutica antifúngica, essa criança teria se beneficiado com o uso da associação Anfotericina B e Fluconazol. Entretanto, essas estratégias de conduta, apesar de apoiadas em inúmeros trabalhos, ainda carecem de maiores estudos para um melhor consenso, e devem ser observados caso a caso, não sendo possível a generalização da orientação.

EVANDRO ROBERTO BALDACC

Referência

Hugles WT, Flynn PM. Candidiasis In. Feigin RD, Cherry JD. Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 4 th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1998. v.2, p 2303-13.

Bioética

A CRIANÇA E O DIAGNÓSTICO. O PEDIATRA DEVE CONTAR À CRIANÇA DOENTE SEU DIAGNÓSTICO?

A transmissão do diagnóstico é um momento especial na prática médica. Pontua um processo de escuta, investigação e análise que se desencadeia a partir do pedido de ajuda que o paciente encaminha a seu médico. Também permite a elaboração e o planejamento do tratamento, sendo referencial para pensar-se nas possibilidades de evolução e prognóstico. Se para o clínico o estabelecimento do diagnóstico organiza seu trabalho e programa os passos de suas intervenções, para o paciente determina efeito semelhante.

Saber o nome e entender as implicações de sua doença possibilita ao paciente repensar-se frente a esta realidade, programando sua vida dentro de novos contornos, atuando a partir de alternativas reais, com a autonomia e controle possíveis a que tem direito.

Muito se tem discutido nestes últimos tempos acerca dos direitos e deveres que permeiam a prática médica, mais precisamente em nosso tema, a questão do diagnóstico, a quem pertence? Embora esta discussão envolva aspectos éticos, jurídicos, sociais, sempre relativos e mutantes, parece haver hoje consenso razoável quanto ao fato de ser o diagnóstico um atributo

do ato médico e um direito do paciente ter acesso a ele (por mais difícil que possa ser a sua revelação).

Em Pediatria, a questão da transmissão do diagnóstico adquire outras nuances por ser a criança um sujeito tutelado pelos pais ou responsáveis, deles dependente, com autonomia, na melhor das hipóteses, relativa. Como os pais, responsáveis e médicos habitualmente pensam-se sabendo o que é melhor para a criança e atuam com a intenção de protegê-la, a transmissão do diagnóstico a ela (criança) raramente é encarada como uma tarefa.

A partir da década de 70, torna-se mais comum a comunicação do diagnóstico à criança, principalmente entre profissionais americanos e europeus.

Esta nova perspectiva de trabalho inicia-se, sobretudo, na área de oncologia. Até então, pensava-se com frequência a criança como um sujeito incapaz de ter entendimento da doença, morte, sofri-

mento, tratamentos e que deveria ser “protegida” do impacto emocional determinado por essas duras realidades (como se fosse possível tratar a criança doente a pesar dela mesma).

A nova visão de infância que vem se estabelecendo, principalmente a partir da influência da psicanálise na Pediatria, do reconhecimento dos efeitos benéficos de manter a criança ao par de seu diagnóstico e tratamento e uma crescente movimentação de profissionais comprometidos com a dimensão ética das relações médico-paciente, determinaram novas posturas frente à revelação do diagnóstico à criança.

Parece aceitável, então, responder à pergunta inicial de maneira afirmativa. No entanto, importa reconhecer que esta transmissão deve ser efetuada levando-se em conta o sujeito particular que cada criança é: seu momento de desenvolvimento, suas possibilidades de apreensão intelectual, suas demandas, seu “tempo”.

Deve-se respeitar a criança com suas possibilidades e desejos.

A família deve ser ouvida e, sempre que possível, envolvida nesta tarefa. As discordâncias devem ser consideradas objeto de trabalho a ser realizado: identificadas, analisadas, repensadas. Para o profissional, a aceitação desta tarefa certamente significa um trabalho a mais, muitas vezes complicado e doloroso, mas com prováveis benefícios e gratificações compensadoras.

PILAR LECUSSÁN

Referências

1. Instone SJ. Perceptions of children with HIV infection when not told for so long. Implications for diagnosis disclosure. *Pediatr. Health Care* 2000; 14:235-243.
2. Disclosure of illness status to children and adolescents with HIV infection. American Academy of Pediatrics. Committee on Pediatrics AIDS. *Pediatrics* 1999; 103: 164-6.