

Clinica Cirúrgica

HERNIORRAFIA INGUINAL CONVENCIONAL COM ANESTESIA LOCAL

A inervação motora e sensitiva da pele e dos folhetos musculares e aponeuróticos da região inguinal é feita principalmente pelos nervos ílio-inguinal e ílio-hipogástrico, que são ramos do primeiro nervo lombar, mas podem receber ramos do 12º nervo torácico. O cordão espermático e o testículo são inervados pelo plexo espermático, que contém fibras simpáticas e sensitivas que seguem as raízes posteriores do décimo ao 12º nervos torácicos e primeiro nervo lombar. O pube e seu perióstio são inervados pelo segundo e terceiro nervos lombares. O nervo genitofemoral, derivado do primeiro e segundo nervos lombares, inerva o cremaster, a pele da bolsa testicular e a coxa adjacente.

Para a realização da herniorrafia inguinal convencional pode ser empregada a anestesia local, com bloqueio dos nervos da região inguinal e do cordão espermático. Esta opção é perfeitamente realizável nos doentes mais magros e pouco ansiosos. A sedação discreta e a analgesia podem contribuir para o sucesso desta opção. Entre outras vantagens temos a possibilidade de deambulação e alta precoces.

Existem pontos bem definidos para a infiltração de anestésico e o treinamento do cirurgião com o método, além da seleção adequada dos candidatos a esta opção de anestesia, é factível, principalmente em hospitais universitários, podendo ser realizada por cirurgiões em diversos níveis de aprendizado. A identificação dos ramos nervosos maiores (ílio-inguinal e ílio-hipogástrico) não é difícil durante a dissecação da região inguinal e sempre devemos tentar preservar estes nervos, evitando neurites, parestesias, hipostesia local e mesmo atrofia muscular por denervação no pós-operatório.

Embora seja um pouco mais difícil realizar a herniorrafia com a anestesia local, este método traz vantagens aos doentes e é uma opção a ser considerada.

PEDRO LUIZ SQUILACCI LEME
DARCY LISBÃO MOREIRA DE CARVALHO
JOSÉ ALBERTO SALINAS

Referências

1. Condon RE. The anatomy of the inguinal region and its relation to groin hernia. In: Nyhus LM, Condon RE, editors. *Hernia*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; 1995. p. 16-72.
2. Rahal F. Hérnias da parede abdominal anterior. In: Rahal F, Pereira V, Malheiros CA, Rodrigues FCM, Gonçalves AJ, editores. *Conduitas normativas – Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*. 9ª ed.; 1998. p. 88-100.
3. Leme PLS. *Hérnia de Spiegel – cirurgia e anatomia. Estudo de treze doentes e trinta e um cadáveres [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 1996.

Clinica Médica

COMO DEVE SER REALIZADA A ANESTESIA PARA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTES COM DOENÇA CARDÍACA?

O uso dos agentes anestésicos locais com vasoconstritor em pacientes com doença cardíaca é motivo de controvérsias. No entanto, seu uso aumenta a qualidade e duração do controle da dor, além de outras vantagens, como a redução de sangramento¹. Sem eles, os anestésicos locais têm curta duração, menos efetividade e são absorvidos mais rapidamente pelo organismo, aumentando o potencial de toxicidade¹. Pacientes que recebem anestésicos sem vasoconstritor frequentemente têm um controle menos eficiente da dor do que se tivessem recebido anestésicos com epinefrina. Soluções anestésicas (como a lidocaína) promovem uma leve vasodilatação que pode aumentar o sangramento¹. Além disso, doses excessivas desse agente podem aumentar a pressão e causar arritmias em alguns pacientes^{1,2}. Recomenda-se um limite total de 2 a 3 tubetes de lidocaína associada com epinefrina 1:100.000 (0,02mg por tubete)^{1,2}.

Entretanto, a epinefrina ou outro vasoconstritor são contra-indicados em casos de arritmias não-tratadas e devem ser usados com precaução em pacientes com marcapassos e desfibriladores implantáveis². O uso de vasoconstritor é também contra-indicado

para pacientes com angina instável e o hospital deve ser o local mais apropriado para a realização do tratamento odontológico². O tratamento em pacientes com angina estável pode ser realizado desde que se use uma pequena quantidade de anestésicos locais com vasoconstritor. De maneira semelhante, em pacientes com cardiomiopatia hipertrofica, o uso de epinefrina deverá ser feito com cuidado².

O uso de anestésicos locais com vasoconstritores deve ser feito de maneira individualizada para pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Em pacientes hipertensos não-controlados, a aplicação de epinefrina foi associada a um ligeiro aumento da pressão sanguínea sistólica e diastólica, porém isso não foi significativo. Neste caso, o controle da pressão e de eventuais complicações sistêmicas deve preceder qualquer tipo de tratamento odontológico^{1,2}. Em caso de emergência, entretanto, uma análise individual da relação risco-benefício pode levar à decisão pela intervenção antes do controle pressórico². Sangramentos excessivos em procedimentos cirúrgicos ou traumas foram observados nestas situações; no entanto, pacientes com hipertensão comumente não apresentam esse tipo de sangramento, o que tem gerado controvérsias¹.

Finalmente, anestésicos com vasoconstritores devem também ser contra-indicados para pacientes com episódio recente de infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca grave e hipertireoidismo não-controlado^{1,2}.

CAROLINA LETÍCIA ZILLI VIEIRA
BRUNO CARAMELLI

Referências

1. Rhodus NL. Detection and management of dental patient with hypertension. *Northwest Dentistry. Clinical Feature*. 2001. p.39-48.
2. Academy Report. Periodontal management of patients with cardiovascular diseases. *J Periodontol* 2002; 73:954-68.

Ginecologia

HIPERESTIMULAÇÃO OVARIANA CAUSA TROMBOEMBOLISMO?

Paciente infértil de 24 anos por fator tubário foi submetida à fertilização assistida. A estimulação ovariana foi realizada com hormônio recombinante do FSH na dose diária de

187.5 IU. Por ser portadora de mutação do fator V de Leiden e de anticorpos anti-fosfatidil etanolamina (IgM) indicou-se anticoagulação com Clexane 20 mg de 12/12 horas durante todo o tratamento de reprodução assistida; a avaliação de anticorpos anticardiolipinas, lupus anticoagulante e outros de trombofilia mostraram-se negativos. A maturação multifolicular resultou em estradiol sérico de 4221 pg/ml e na coleta de 24 ovócitos. Gestação incipiente foi documentada após transferência de quatro pré-embriões. Logo após a aspiração folicular a paciente recebeu dois frascos de albumina endovenosa em três dias alternados e a ecografia, nesse momento, mostrava ovários de 9.8 x 6.6 (direito) e 9.7 x 7.2 (esquerdo) nos seus maiores diâmetros. Cerca de 20 dias após queda do B-hCG sérico, a paciente apresentou fortes dores no pescoço que motivaram visita ao pronto-atendimento hospitalar. Avaliada na urgência, foi medicada com colar cervical e analgésicos pelo ortopedista que diagnosticou patologia traumática. Face ao insucesso terapêutico, foi encaminhada para acupuntura, sem resultado significativo. Finalmente, avaliada por um cardiologista, este solicitou ultra-sonografia e doppler cervical, que mostraram linfadenopatia cervical nodular e material ecogênico compatível com trombose de veias jugulares internas. Angiotomografia computadorizada indicou a presença de trombose de ambas veias jugulares interna e externa esquerda. A elevação das concentrações do dímero D (2227 ng/ml) confirmou o diagnóstico. A paciente teve alta hospitalar sem seqüelas após terapia com heparina de baixo peso molecular 40 mg de 8 em 8 horas durante cinco dias.

Eventos tromboembólicos após hiperestimulação ovariana (HO) são raros, porém sérios. Recentes estudos mostram que 75% das tromboses são venosas. Embora os locais mais predispostos sejam os membros inferiores (ilíacas), as veias jugular interna e externa, subclávia, axilar, umeral e vasos mesentéricos podem também ser acometidos. Em decorrência do local da trombose, as pacientes queixam-se da mais variada sintomatologia, o que dificulta sobremaneira o diagnóstico. Soma-se que manifestações da TVP podem ser clinicamente assintomáticas. Desta forma, o clínico astuto deve ter sempre presente

dados de história familiar, dos antecedentes pessoais e dos fatores de risco para sacramentar o diagnóstico e instituir o tratamento precoce da TVP, prevenindo maiores seqüelas e recorrência. É importante, ainda, salientar o papel fundamental da equipe multidisciplinar na investigação e terapia para otimização dos resultados.

PAULO C. SERAFINI

FERNANDO GANEM

CYRILLO CAVALHEIRO FILHO

Referências

1. Todros T, Carmazzi CM, Bontempo S, Gaglioti P, Donvito V, Massobrio M. Spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome and deep vein thrombosis in pregnancy: case report. *Hum Reprod.* 1999;14:2245-8.
2. Kearon C, Ginsberg JS, Douketis J, Crowther M, Brill-Edwards P, Weitz JI, et al. Management of suspected deep venous thrombosis in outpatients by using clinical assessment and D-dimer testing. *Ann Intern Med* 2001; 135:108-11.

Obstetria

QUAL É A IMPORTÂNCIA DO RASTREAMENTO E DO TRATAMENTO DO HIPOTIREOIDISMO SUBCLÍNICO NA GRAVIDEZ?

Há pelo menos três décadas, a literatura mundial vem mostrando que o hipotireoidismo materno na gestação é causa de déficit do desenvolvimento neuropsicológico do conceito, com repercussões sobre o quociente de inteligência (QI) de crianças em idade pré-escolar e escolar. Contudo, Haddow, em 1999, levantou uma polêmica maior: a de que o hipotireoidismo subclínico não tratado na gestação também influenciaria no desenvolvimento intelectual dessas crianças. Em um estudo observacional, esse pesquisador avaliou o QI de 62 crianças, com oito anos de idade, nascidas de mães portadoras de hipotireoidismo subclínico durante a gestação (tratadas e não-tratadas), em comparação com 124 controles, em uma região sem deficiência de iodo. Demonstrou que as crianças, de mães com hipotireoidismo subclínico,

apresentavam o QI quatro pontos abaixo em relação ao das crianças controles. Esse déficit foi mais evidente nas crianças de mães que não foram tratadas durante a gestação: 19% destas crianças tinham o QI menor que 86, em relação aos 5% do grupo controle, e a média do QI era 7 pontos mais baixa. As crianças de mães tratadas, em contrapartida, apresentaram os mesmos resultados do grupo controle. O hipotireoidismo subclínico é definido como elevação dos níveis circulantes de hormônio tireotrófico (TSH), sem alterações dos valores absolutos dos hormônios tireoidianos (T4 total, T4 livre, T3) em pacientes assintomáticas ou oligossintomáticas. A incidência de hipotireoidismo subclínico durante a gravidez é de 2% a 2,5%. Sabe-se que hormônios tireoidianos maternos têm papel preponderante no desenvolvimento neurológico fetal até a 18 semanas de gestação, quando então, a tireóide fetal inicia sua produção hormonal. Contudo, alguns estudos salientam que o papel dos hormônios maternos mantém-se até o final da gravidez, apesar de exercer menor influência nesta fase, e determina um desenvolvimento neurológico adequado. Em contexto atual, ainda de indefinição e, considerando-se sua importância, é preciso determinar quando e como rastrear essa enfermidade. Os trabalhos apontam para um rastreamento precoce ainda no período pré-concepcional e o tratamento sempre que os valores do TSH forem superiores a 8 mU/L ou mesmo com TSH em níveis pouco aumentados na presença de anticorpos antiperoxidase. Recomenda-se o tratamento com uma dose inicial baixa de tiroxina (ao redor de 25 mcg/dia) até a normalização dos valores do TSH. O controle deve ser realizado a cada quatro semanas, tempo necessário para a estabilização dos níveis hormonais. Portanto, torna-se muito evidente a relevância dos hormônios tireoideanos no crescimento e no desenvolvimento neurológico e seu déficit no ambiente fetal, mesmo que de forma pouco intensa, parece ser prejudicial. Logo, o rastreamento do hipotireoidismo subclínico na gravidez ou no período pré-concepcional, bem como seu tratamento, demonstra ser razoável até o momento. Cabe ressaltar, entretanto, que os estudos ainda são poucos e, apesar de serem concebidos com raciocínio envolvente, carecem de