

*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*. 4<sup>th</sup> 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 sangramento<sup>1</sup>. Sem eles, os anestésicos locais têm curta duração, menos efetividade e são absorvidos mais rapidamente pelo organismo, aumentando o potencial de toxicidade<sup>1</sup>. 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 sangramento<sup>1</sup>. Além disso, doses excessivas desse agente podem aumentar a pressão e causar arritmias em alguns pacientes<sup>1,2</sup>. Recomenda-se um limite total de 2 a 3 tubetes de lidocaína associada com epinefrina 1:100.000 (0,02mg por tubete)<sup>1,2</sup>.

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 implantáveis<sup>2</sup>. 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 odontológico<sup>2</sup>. 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 cuidado<sup>2</sup>.

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<sup>1,2</sup>. Em caso de emergência, entretanto, uma análise individual da relação risco-benefício pode levar à decisão pela intervenção antes do controle pressórico<sup>2</sup>. 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 controvérsias<sup>1</sup>.

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<sup>1,2</sup>.

**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