

eram os mesmos para as diferentes populações de pacientes. O grupo de médicos clínicos deste estudo, considerando as evidências em termos de quantidade, qualidade, consistência, aplicabilidade e impacto clínico, indica a utilização de nutrição enteral com dieta modificada com um grau **B** de recomendação (evidência satisfatória para suportar a recomendação).

#### Comentário

Todas as três meta-análises<sup>2,3,4</sup> realizadas até o momento demonstraram que a imunonutrição resulta em uma redução importante na taxa de infecção e no tempo de internação hospitalar, sendo estes dados mais evidentes no paciente cirúrgico do que no paciente criticamente enfermo. Entretanto, algumas dúvidas permanecem a respeito da eficácia desta terapêutica no paciente criticamente enfermo com diferenças metodológicas entre as pesquisas clínicas, dificultando a possibilidade de comparações, além do fato de que não existem dados que avaliem a relação custo-benefício destas dietas. A utilização de imunonutrição no paciente criticamente enfermo deve ser realizada com muita cautela na maioria dos pacientes em UCI, devendo-se, no futuro, definir os nutrientes mais efetivos e otimizar as misturas de nutrientes para a utilização em diferentes grupos de pacientes.

**WERTHER BRUNOW DE CARVALHO**  
**SIMONE BRASIL IGLESIAS**

#### Referências

1. Montejó JC, Zaragaza A, Lopez-Martinez J, et al. Immunonutrition in the intensive care unit. A systematic review and consensus statement. Clin Nutr 2003; 22:221-33.
2. Beale RJ, Bryg DJ, Bihari DJ. Immunonutrition in the critically ill: a systematic review of clinical outcome. Crit Care Med 1999; 27:2799-805.
3. Heys Sd, Walker LG, Smith I, et al. Enteral nutritional supplementation with key nutrients in patients with critical illness and cancer: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Ann Surg 1999;229:467-77.
4. Heyland DK, Novak F, Drover JW, et al. Should immunonutrition become routine in critically ill patients? A systematic review of the evidence. JAMA 2001;286:944-53.

#### Ginecologia

### EXISTE CÂNCER DO COLO UTERINO SEM HPV?

Nos últimos anos tem-se constatado uma impressionante evolução quanto à relação entre câncer de colo uterino e HPV; assim, entre os anos 70 e 80 surgiram as primeiras evidências da provável associação e, no final dos anos 90, descrevia-se a presença viral em aproximadamente 100% dos casos de câncer cervical; por isso, passou-se a afirmar que não existe câncer do colo sem HPV.

Admitia-se, naquela época, que ao se utilizar um teste biomolecular para a detecção do DNA viral, poderíamos identificar mais mulheres com risco para o desenvolvimento da neoplasia e, com isto, diminuir a mortalidade pela doença, que, especialmente no nosso meio, é um grave problema de saúde pública, visto que é um dos mais importantes tumores da genitália feminina e a maior parte dos casos que procuram os serviços públicos são diagnosticados em estádios avançados.

Na década de 80, surgiram as primeiras evidências da relação entre infecção viral e desenvolvimento da neoplasia invasora do colo uterino. Aventava-se a hipótese de causa e efeito pelos estudos de biologia molecular. Na década seguinte, notava-se nítida tendência de se utilizar estas técnicas para rastreamento primário do câncer do colo do útero; atualmente, vários estudos e o FDA dos EUA aconselham a captura híbrida para pesquisa do HPV, juntamente com o exame de Papanicolaou para o rastreamento primário de câncer do colo em mulheres com 30 anos ou mais.

#### Comentário

É importante salientar que a pesquisa viral tem como única finalidade identificar mulheres com risco para a doença nas suas diversas fases e não detectar alterações teciduais ou avaliar a gravidade; nessa situação é necessário que se indiquem propedêuticas subsidiárias, que devem incluir citologia, colposcopia e histopatologia, para se definir a conduta.

Em relação ao parceiro, ainda não está claro quando investigar ou tratar a doença, especialmente quando subclínica. As evidên-

cias demonstram que, para o casal constituído, talvez não seja necessário tratar o homem ou indicar o preservativo por longo período, como se preconizava anteriormente; a história natural da doença parece ter seu curso independente em cada um dos parceiros e não há risco de reinfecção.

Entre as recomendações, é fundamental que se invista em educação, especialmente dos adolescentes, estimulando o uso do preservativo para prevenção da transmissão do vírus; além disso, as pesquisas devem continuar na busca de métodos diagnósticos mais sensíveis e de menor custo para dar cobertura a toda população feminina suscetível e de risco. Isso propiciará possibilidade de tratamento restrito às doenças precursoras do câncer cervical e intervenção mais precoce nos casos de doença invasora.

Em relação à vacinação contra os principais tipos virais envolvidos no desenvolvimento do câncer do colo uterino, os primeiros resultados dos estudos (que hoje se encontram em fase 3) são promissores. Porém, deve-se ter em mente que ainda demandará algum tempo para que ela esteja disponível para uso populacional e, principalmente, para se ter o real impacto sobre o risco do câncer cervical.

Apesar desses avanços, nunca é demais insistir que outros tipos virais podem estar envolvidos na história natural da neoplasia e que não estão na mira destas vacinas; por isso, é prudente não se admitir que esta seja a solução final.

**SÉRGIO MANCINI NICOLAU**

#### Referências

1. Syrjänen KJ. Epidemiology of human papillomavirus (HPV) infections and their associations with genital squamous cell cancer. APMIS 1989; 97:957-70.
2. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol 1999; 189:12-9.
3. Muñoz N, Bosch FX, Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. N Engl J Med 2003; 348:518-27.

4. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Muñoz N, Franceschi S. Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. *Br J Cancer* 2003; 88:63-73.
5. Schiffman M, Castle PE. Human papillomavirus: epidemiology and public health. *Arch Pathol Arch Pathol Lab Med.* 2003; 127:930-4.
6. Stoler MH. Human papillomavirus biology and cervical neoplasia: implications for diagnostic criteria and testing. *Arch Pathol Lab Med.* 2003; 127:935-9.
7. Schiffman M, Solomon D. Findings to date from the ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS). *Arch Pathol Lab Med.* 2003; 127:946-9.
8. Lorincz AT, Richart RM. Human papillomavirus DNA testing as an adjunct to cytology in cervical screening programs. *Arch Pathol Lab Med.* 2003; 127:959-68.

## Obstetria

### INDUÇÃO DO PARTO EM GESTAÇÕES PÓS-TERMO COM 41 SEMANAS

Duas premissas básicas elegem a gravidez prolongada (idade gestacional de 42 ou mais semanas) como um dos mais importantes temas obstétricos: a sua elevada incidência, ainda que as resoluções por via abdominal sejam prática corriqueira no Brasil, está entre 3% e 15% das gestações normais<sup>1</sup>; e as complicações, tanto maternas quanto dos recém-nascidos (RN), associadas a essa intercorrência obstétrica, fatos que preocupam ainda muitos pesquisadores. Figuram entre os resultados indesejáveis: aumento, em até três vezes, da mortalidade perinatal (por anoxia intra-uterina não diagnosticada adequadamente); aumento da morbidade (oligoidrâmnio, síndrome de aspiração meconial, tocotraumatismos pela macrosomia fetal, sofrimento fetal, comprometimento neurológico do recém-nascido e aumento da taxa de cesáreas)<sup>2</sup>. Um dos principais entraves para a solução dessa anormalidade reside nas dificuldades de se obter sucesso na indução do parto, nesses casos, porque ainda inexiste uma substância ocitócica ideal, não obstante a introdução do misoprostol, em baixas doses, tenha exercido, atualmente, fortes atrativos<sup>3</sup>. Entretanto, para se evitar que a

gestação pós-termo (entre 40 e 42 semanas) avance além de 42 semanas, submetendo-se aos riscos acima listados, uma proposta muito sedutora é a conduta de se induzir o parto, antes da pós-maturidade. Nessa vertente, Sanches-Ramos et al., 2003<sup>4</sup>, em estudo de revisão sistemática com metanálise, selecionam, de um total de 99 trabalhos sobre o assunto, 16 estudos que abordam o impacto da indução com 41 semanas e a conduta expectante. Apesar de que a indução aleatória pudesse estar sob a crítica de promover maior risco de cesárea, porque inclui também os casos de colos desfavoráveis, o índice observado foi menor (20,1% versus 22,0% - OR 0,88; IC 95% 0,78-0,99). Constatou-se, também, menor índice de mortalidade perinatal (0,09% versus 0,33% - OR 0,41; IC 95% 0,14-1,18), embora não houvesse diferença significativa. Similarmente, não foram observadas diferenças quanto a taxas de: admissão do RN à UTI, presença de mecônio abaixo das cordas vocálicas, aspiração de mecônio e índices de Apgar anormais. Portanto, esta revisão demonstra de forma inequívoca a validade de se induzir, utilizando-se de quaisquer métodos, gestações antes de 42 semanas, diminuindo as taxas de cesáreas, sem o comprometimento dos resultados perinatais.

#### Comentário

*A filosofia adotada nos trabalhos selecionados para esta revisão sistemática, qual seja, a de não deixar a gestação ultrapassar 42 semanas, converge integralmente com os ideais empregados na elaboração do protocolo assistencial da Clínica Obstétrica da FMUSP, para essa entidade nosológica, desde a década de 1990<sup>1</sup>. Da mesma forma, vai de encontro com a mesma tendência atual, verificada na literatura internacional<sup>2</sup> cujos objetivos estão estritamente voltados para a preservação dos indicadores da saúde perinatal. Como adenda às diretrizes que podem emanar dos resultados observados, é interessante ressaltar que nos casos de colos favoráveis (índice de Bishop<sup>3</sup> 5), a indução é uma prática perfeitamente aceitável, mais precocemente ainda, com 40 semanas de idade gestacional<sup>1</sup>.*

SEIZO MIYADAHIRA

ROSSANA PULCINELI VIEIRA FRANCISCO

MARCELO ZUGAIB

#### Referências

1. Miyadahira S. Pós-datismo. In: Zugaib M, Bittar, RE, editors. Protocolos assistenciais da Clínica Obstétrica da FMUSP. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2002
2. Rand L, Robinson JN, Economy KE, Norwitz ER. Post-term induction of labor revisited. *Obstet Gynecol* 2000; 96:779-83.
3. Hall R, Duarte-Correa M, Harlass F. Oral versus vaginal misoprostol for labor induction. *Obstet Gynecol* 2002; 99:1044-8.
4. Sanches-Ramos L, Olivier F, Delke I, Kaurnitz AM. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: a systematic review with meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2003; 101:1312-8.

## Pediatria

### CRESCIMENTO EM CRIANÇAS COM ARTRITE JUVENIL IDIOPÁTICA: TRATAMENTO COM ESTERÓIDE E EFEITOS DO HORMÔNIO DE CRESCIMENTO

Foram avaliados retrospectivamente 24 pacientes com artrite juvenil idiopática (AJI) durante a infância, tratados com esteróides. Houve uma perda de altura significativa de mais de dois desvios padrão durante os primeiros anos de doença, que se correlacionaram positivamente com a duração do tratamento com prednisona. Após a descontinuação da medicação, 70% dos pacientes fizeram check-up, mas 30% persistiram com perda estatural. Sua altura final foi correlacionada fortemente com a altura média ao final do tratamento e era muito diferente quando comparada ao grupo que fez check-up. Os autores publicaram anteriormente os efeitos benéficos sobre o crescimento e a composição corpórea de um ano de tratamento com GH num grupo de 14 pacientes com AJI que haviam recebido corticóide e GH. Esses pacientes foram novamente tratados por três anos, o que aumentou sua velocidade de crescimento, mas tiveram pouco efeito sobre o SDS de altura, sugerindo