

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 normais¹; 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)². 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 atrativos³. 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., 2003⁴, 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 1990¹. Da mesma forma, vai de encontro com a mesma tendência atual, verificada na literatura internacional² 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 Bishop³ 5), a indução é uma prática perfeitamente aceitável, mais precocemente ainda, com 40 semanas de idade gestacional¹.

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