

## Referências

1. Furuse K, Fukuoka M, Kawahara M, Nishikawa H, Takada Y, Kudoh S, et al. Phase III study of concurrent versus sequential thoracic radiotherapy in combination with mitomycin, vindesine and cisplatin in unresectable stage III non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 1999; 17:2692-9.
2. Curran W, Scott C, Langer R, Komaki JL, Hauser S, Movsas B, et al. Phase III comparison of sequential vs concurrent chemoradiation for patients with unresectable stage III non-small cell lung cancer (NSCLC): Report of Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) 9410. *Lung Cancer* 2000; 29:93. (abstract 302).

## *Clinica Cirúrgica*

### **HERNIOPLASTIA INGUINAL HOJE. LICHTENSTEIN SEMPRE?**

Todos sabemos que a ocorrência de diversas técnicas cirúrgicas para um mesmo fim demonstra não estar havendo satisfação completa com os métodos em uso.

Na hernioplastia inguinal não é diferente. E por isso, com o avanço dos conhecimentos e das pesquisas, novas idéias surgem constantemente. Na década de 80 foi descrita por Lichtenstein a técnica de hernioplastia inguinal sem tensão.

Os excelentes resultados apresentados pelo autor e a reprodução destes resultados em todo o meio científico determinaram sua rápida difusão no meio cirúrgico, sendo então considerada por muitos como método ideal de reparo para esta enfermidade.

É importante lembrar que devemos adaptar a técnica ao doente e não o doente à técnica. Portanto, hoje não há espaço para se pensar em uma hernioplastia inguinal sem levar em consideração a possibilidade de reforço a Lichtenstein, mas esquecer técnicas comprovadas, como o reforço a Mc Vay, Shoudice, Stoppa, Bassini, etc seria mesmo um absurdo.

Somos partidários da técnica descrita por Irving L. Lichtenstein há muitos anos e propagadores de seus benefícios, mas nem por isso deixamos de lembrar os riscos de infecção, edema, hematoma, seroma,

rejeição ou recidiva (a técnica não é milagrosa), assim como em outras técnicas, e, portanto, a orientação ao doente de que "colocarei uma tela e seus problemas estarão resolvidos" pode ser falsa ou mesmo pretenciosa por parte do cirurgião.

**DARCY LISBÃO MOREIRA DE CARVALHO  
PEDRO LUIZ SQUILACCI LEME**

## Referências

1. Forte A, D'Urso A, Palumbo P, Lo Storto G, Gallinaro LS, Bezzi M, et al. Inguinal hernioplasty: the gold standard of hernia repair. *Hernia* 2003; 7(1):35-8.
2. Amid PK. The Lichtenstein repair in 2002: an overview of causes of recurrence after Lichtenstein tension-free hernioplasty. *Hernia* 2003, 7(1):13-6.
3. Lichtenstein IL. *Hernia repair without disability*. 2nd ed. Tokyo: Ishiyaku Euroamerica Inc.; 1986.

## *Ginecologia*

### **ENDOMETRIOSE DE VAGINA. COMO ABORDAR CIRURGICAMENTE?**

Dentro dos quadros de endometriose pélvica, a de localização vaginal é pouco frequente. A manifestação clínica caracteriza-se, geralmente, por dispareunia de profundidade, dificultando o relacionamento sexual, podendo também se acompanhar de graus variados de dismenorréia. É fundamental que se avalie o sítio exato destas lesões e a abordagem cirúrgica deve ser por via abdominal (de preferência laparoscópica) e não por via vaginal.

#### **Caso Clínico**

S.M.A, 30 anos, nulípara, nuligesta, com queixa de dispareunia de profundidade, dismenorréia e pequeno sangramento ao coito.

Ao exame ginecológico detectou-se presença de nódulos escuros de 0,5 a 1,0 cm de diâmetro, localizados no 1/3 superior da vagina, logo abaixo do lábio posterior do colo do útero. Ao exame de toque os nódulos apresentavam-se dolorosos. O restante do exame ginecológico, bem como a ecografia vaginal não mostravam alterações signifi-

cativas. A determinação sérica do CA 125 revelou resultado de 30 (limite superior de normalidade). A paciente foi encaminhada para colposcopia e foi solicitada biópsia dos nódulos. O anatomo-patológico das lesões evidenciou presença de epitélio glandular endometrial de permeio a fibras musculares.

Com esse diagnóstico foi indicada videolaparoscopia, cujo resultado mostrou cavidade abdominal sem alterações significativas, identificando o útero de tamanho e forma normais, ovários de aspecto normal e tubas uterinas normais. O fundo de saco útero-retal mostrava-se livre, porém notaram-se lesões escuras nas regiões dos ligamentos útero-sacros. Não se constatou nódulos entre os ligamentos útero-sacros; entretanto, à palpação com instrumental laparoscópico desta região notou-se irregularidade que coincidia com os nódulos de vagina. Com este quadro, decidiu-se pela excisão das lesões dos ligamentos útero-sacros e abertura por via laparoscópica da cúpula vaginal. Assim, introduziu-se na vagina instrumental para apresentação da cúpula utilizado em cirurgias laparoscópicas e, com o bisturi ultrassônico laparoscópico, procedeu-se à abertura da vagina. Uma vez aberta, observou-se a presença de quatro nódulos escuros, endurecidos e de 1 cm de diâmetro. Retirou-se uma faixa de 1 cm a 1,5 cm de vagina. A utilização do palpador especial fez com que não houvesse saída de gás durante o procedimento e dessa forma evitou-se a perda do pneumoperitônio. A sutura vaginal foi realizada por via laparoscópica.

Alta hospitalar ocorreu 24 hs após o procedimento. O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou tratar-se de endometriose vaginal. A paciente foi orientada a utilizar contraceptivo oral após o procedimento.

Apesar da reativação da via vaginal para cirurgias de retirada de útero, a endometriose de vagina não deve ser abordada por esta via, pois as lesões na vagina podem representar uma ponta do "iceberg" de um grande implante endometriótico propriamente dito. A via laparoscópica, além de fazer um diagnóstico mais amplo e efetivo, permite uma abordagem segura e eficaz com retirada de todo implante endometriótico.

**FRANCESCO VISCOMI**

## Referências

1. Redwine DB. Conservative laparoscopic excision of endometriosis by sharp dissection: life table analysis of reoperation in persistent or recurrent disease. *Fertil Steril* 1991; 56:628-34.
2. Adamson GD, Heard SJ, Pastor DJ, Rodriguez BD. Laparoscopic endometriosis treatment. It is better? *Fertil Steril* 1993; 59:35-44.
3. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med* 1993; 328:1759-69.

## Obstetria

### A TRANSLUCÊNCIA NUCAL DEVE SER SOLICITADA NA ROTINA PRÉ-NATAL?

Uma das grandes contribuições da pesquisa ultra-sonográfica do final do século 20 foi a demonstração de que se o acúmulo de fluido na nuca fetal, conhecido como translucência nucal (TN), for excessivo, no período de 11 a 13<sup>6/7</sup> semanas, há um risco aumentado para a ocorrência de anomalias cromossômicas, malformações fetais e síndromes genéticas. Isso proporcionou um avanço do conhecimento no aconselhamento da gestante/casal sobre os riscos de anomalias cromossômicas, determinando consideráveis mudanças no diagnóstico pré-natal de primeiro trimestre da gestação, no século 21.

Estudos realizados em vários países, perfazendo um total de 174.473 casos, investigaram a implementação da TN no rastreamento da trissomia do cromossomo 21. Apesar de utilizarem diferentes pontos de cortes para identificar o grupo de risco, com conseqüentes taxas de detecção diferentes e falsos positivos, todos apresentaram taxas de detecção altas (variando de 57% a 100%), sendo a detecção geral de 77%, com taxa de falso-positivo de 4,7%. Para que os resultados de diferentes serviços sejam reprodutíveis é necessário que seja utilizada a mesma padronização técnica. No programa de rastreamento pela medida da TN se utiliza a padronização determinada pela Fetal Medicine Foundation – Londres.

Na estimativa de cálculo de risco para anomalias cromossômicas deve ser considerado o risco basal (idade materna e história

anterior de anomalia cromossômica) e, uma vez que a medida da TN aumenta com o tamanho do feto, aferido pelo comprimento cabeça-nádegas (CCN), esta medida também deve ser considerada. Portanto, para um determinado CCN, cada medida da TN representa um fator que será multiplicado ao risco basal obtendo-se nova taxa de risco após TN (risco corrigido). Com isso, quanto maior a medida da TN, maior o fator multiplicador e o risco corrigido será maior. Por outro lado, quanto menor a medida da TN, menor será o fator multiplicador e menor o risco de anomalias cromossômicas.

No grupo de fetos com translucência nucal aumentada e cariótipo normal foi observada associação com malformações fetais (principalmente cardiopatias congênitas), síndromes genéticas e prognóstico desfavorável da gestação (abortamento espontâneo, óbito intra-uterino). Portanto, recomenda-se realizar seguimento cuidadoso desses casos incluindo, subseqüentemente, exame ecocardiográfico fetal e exames ultra-sonográficos a fim de se descartar alterações subjacentes.

Hoje, após pouco mais de 10 anos de introdução da TN como método de rastreamento de anomalias cromossômicas, já é oferecida na rotina pré-natal em vários países. Pode-se dizer que a introdução desse método de rastreamento trouxe vários benefícios no pré-natal de rotina: 1. Datação da gestação e isso tem importância no acompanhamento do crescimento fetal; 2. Diagnóstico de gestações não-viáveis; 3. Determinação da corionicidade nas gestações múltiplas (tem papel relevante no seguimento pré-natal); 4. Diagnóstico de algumas malformações graves.

Do exposto, verifica-se que os benefícios da ultra-sonografia de primeiro trimestre não se restringem apenas no rastreamento de anomalias cromossômicas. Por isso, defendemos a postura de que a TN deve ser oferecida na rotina pré-natal, entre 11 e 13 6/7 semanas. Por outro lado, embora o exame da TN seja isento de riscos ao feto, se os seus resultados não forem favoráveis, pode causar ansiedade aos pais. Portanto, toda a gestante deve ser informada minuciosamente a respeito dos testes de rastreamento antes de realizá-los.

MARIA DE LOURDES BRIZOT  
MARCELO ZUGAIB

## Referências

1. Nicolaidis KH, Brizot ML, Snijders RJM. Fetal nuchal translucency thickness: ultrasound screening for fetal trisomy in the first trimester of pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101:782-86.
2. Snijders RJM, Noble P, Sebire NJ, Souka A, Nicolaidis KH. UK multicentre project on assessment of risk of trisomy 21 by maternal age and fetal nuchal-translucency thickness at 10-14 weeks of gestation. *Lancet* 1998; 351:343-46.
3. Souka AP, Snijders RJM, Novakov A, Soares W, Nicolaidis KH. Defects and syndromes in chromosomally normal fetuses with increased nuchal translucency thickness at 10-14 weeks of gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; 11:391-400.
4. Brizot ML; Carvalho MHB; Liao AW; Reis NSY; Moraes EA; Zugaib, M. First-trimester screening for chromosomal abnormalities by fetal nuchal translucency in a brazilian population. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 18:652-5.

## Pediatria

### O SURGIMENTO DOS MÉTODOS DE IMAGEM PERMITIU O DIAGNÓSTICO MAIS PRECOCE DA APENDICITE AGUDA NA CRIANÇA?

A apendicite aguda constitui a principal afecção de abdomen agudo cirúrgico na criança com mais de dois anos de idade. A prática clínica demonstra que, apesar do surgimento de diferentes métodos de imagem nos últimos anos, o diagnóstico desta afecção na criança ainda se baseia no quadro clínico: dor de início insidioso, no epigástrico ou região peri-umbilical, com posterior localização na fossa ilíaca ou flanco direito, vômitos ou náuseas e febre de baixa intensidade. O exame clínico comprova a presença dos sinais de dor na fossa ilíaca ou flanco direito e, nos casos de peritonite difusa, rigidez de parede abdominal. Nos casos de dúvida diagnóstica, deve-se aguardar a evolução e repetir o exame clínico após 12 a 18 horas. Diante da persistência da