

Clinica Cirúrgica

APENDICECTOMIA CONVENCIONAL: QUAL A MELHOR INCISÃO?

A apendicite aguda é a doença de tratamento operatório mais comum do trato digestivo. Seu diagnóstico é basicamente clínico e os exames de laboratório e de imagem são complementares. A dúvida diagnóstica pode levar o cirurgião a utilizar outros tipos de incisão que não a de McBurney.

A incisão de McBurney deve ser a de escolha para a apendicectomia convencional, por dar uma ótima abordagem do apêndice e ter poucas complicações tardias como as hérnias incisionais.

Quando houver dúvida diagnóstica, principalmente em mulheres, ou quando houver massa palpável no exame clínico, deve-se optar pela incisão paramediana ou mediana. Outro procedimento que pode ajudar na escolha da incisão é a palpação do abdômen com o doente anestesiado. Se for palpável uma massa em fossa ilíaca direita, não se deve realizar a incisão de McBurney, devido a dificuldades de sua ampliação e para a realização de ressecções intestinais.

Nos quadros de dor abdominal com tempo de sintomatologia muito prolongado, o cirurgião deve estar atento para a possibilidade de se tratar de uma apendicite complicada e não utilizar incisões que não permitam a ampliação adequada. O ultra-som de abdômen e a tomografia computadorizada nestes casos ajudam na escolha da melhor incisão, uma vez que podem mostrar abscessos intracavitários, grandes bloqueios de alças intestinais ou líquido livre na cavidade abdominal e pélvica, que normalmente necessitam de incisões amplas para o seu tratamento.

ELIAS JIRJOSS ILIAS

OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO

PAULO KASSAB

Referências

1. Rocha PRS, Marques Filho J, Marques CTM. Apendicite aguda. In: Rocha PRS, Souza C, editores. Abdome agudo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982. p.192-207.
2. Bennion RS, Thompson Jr. JE. Appendicitis. In: Fry DE, editor. Surgical infections. Boston: Little, Brown and Company; 1995. p.241-50.

Emergência e Medicina Intensiva

UTILIZAÇÃO DE MÁSCARA LARÍNGEA. UMA PRÁTICA HABITUAL EM PEDIATRIA?

A utilização de máscara laríngea tem-se tornado cada vez mais popular como uma possibilidade alternativa para o manejo da via aérea em crianças. A pergunta que sempre se faz à beira do leito é a seguinte: máscara laríngea ou cânula intratraqueal? A resposta aceitável para a situação "não é possível ventilar, não é possível intubar" é a inserção de uma máscara laríngea em via aérea¹. A máscara laríngea evita os riscos da intubação intratraqueal, particularmente o edema subglótico, podendo ser inserida facilmente por pessoal paramédico (enfermeiras, fisioterapeutas)², permitindo um controle adequado da via aérea em crianças respirando espontaneamente ou submetidas à ventilação pulmonar mecânica³, inclusive na sala de reanimação neonatal⁴. A despeito de sua maior utilização, o papel definitivo da utilização da máscara laríngea em pediatria ainda não está bem estabelecido, entretanto, ela pode ser utilizada em anestesia, nos casos de intubação difícil e em situações de emergência. Entretanto, existem limites e contra-indicações para a sua utilização que incluem as condições com um alto risco de regurgitação e/ou vômito ativo do conteúdo gástrico ou nos pacientes que têm uma grande quantidade de sangue presente na via aérea superior, já que a máscara laríngea não protege contra o refluxo gástrico: estômago cheio, refluxo gastroesofágico, cirurgia abdominal, obesidade. Adicionalmente, a máscara laríngea favorece o refluxo gastroesofágico devido à pressão do esfíncter esofágico secundária ao balonete da máscara laríngea ao nível da faringe. Todas as patologias da cavidade oral, faringe e laringe também são contra-indicações para a sua utilização. Atualmente, a máscara laríngea tem duas utilizações principais: como via aérea de rotina durante a anestesia geral e como um conduto para a intubação traqueal, entretanto, em pediatria não estão claros quando, como e quais as melhores técnicas e materiais para sua inserção.

WERTHER BRUNOW DE CARVALHO

GISELE LIMONGELI GURGUEIRA

Referências

1. Benumof JL. Laryngeal mask airway and the ASA difficult airway algorithm. *Anesthesiology* 1996; 84:686-99.
2. Lopez-Gill M, Brimacombe J, Alvarez M. Safety and efficacy of the laryngeal mask airway. *Anaesthesia* 1996; 51:969-72.
3. Johnston DF, Wrigley SR, Robb PJ, Jones HE. The laryngeal mask airway in paediatric anaesthesia. *Anaesthesia* 1990; 40:924-7.
4. Niermeyer S, Kattwinkel J, Van Reempts P, et al. International guidelines of neonatal resuscitation. *Pediatrics* 2000; 106:E29.

Ginecologia

CÂNCER DO ENDOMÉTRIO — O QUE CONSIDERAR?

Na discussão da temática do câncer de endométrio três questões práticas devem ser consideradas:

1) Quais mulheres devem ser investigadas?

Não existe dúvida de que em qualquer mulher com sangramento após menopausa, o diagnóstico de câncer de endométrio ou de lesões precursoras deve ser afastado; por outro lado, naquelas na menacme com sangramento uterino disfuncional (SUD) o endométrio deve ser obrigatoriamente estudado, antes de se iniciar qualquer terapêutica, pois não raramente pode-se tratar de um carcinoma endometrial ou de uma lesão precursora. Nessas mulheres a anamnese, o exame clínico e a determinação sérica da glicose são imprescindíveis, pois é comum a associação entre câncer de endométrio, diabetes, hipertensão arterial e obesidade. Cuidadosa investigação do peso também deve ser incluída, destacando o sobrepeso e a obesidade mórbida, pois é cada vez mais freqüente o número de casos de câncer de endométrio nessas mulheres.

2) Qual a melhor metodologia diagnóstica?

Em relação às mulheres após a menopausa há um consenso quanto ao primeiro exame que deve ser solicitado: a ultra-sonografia, de preferência a transvaginal para mensurar a espessura endometrial (dupla camada); se esta for menor de 5 mm, afasta-se praticamente o câncer endometrial.

O outro exame, também ambulatorial é a aspiração do endométrio com cânula tipo