

- Os diuréticos tipo tiazidas devem ser utilizados no tratamento farmacológico da maioria dos pacientes com hipertensão arterial não complicada, únicos ou em combinação com outras classes de drogas.
- A maioria dos pacientes hipertensos necessita de duas ou mais classes de medicamentos para atingir o objetivo preconizado (PA inferior a 140/90 mm Hg, ou inferior a 130/80 mm Hg nos diabéticos ou com doença renal crônica).
- Se a pressão arterial está 20/10 mm Hg acima do objetivo pressórico a ser alcançado, deve-se considerar a terapia com dois agentes, dentre os quais um pertencente à classe dos diuréticos tipo tiazida.

Comentário

Um dos aspectos mais polêmicos deste Joint VII foi a classificação de pré-hipertensos, que causou uma discussão muito grande no meio médico. Porém, é plenamente justificável, em vista destes indivíduos terem uma probabilidade maior de virem a ser hipertensos. E este alarme mobilizou a sociedade em geral para as graves conseqüências da hipertensão e da necessidade de uma conscientização geral, inclusive da classe médica. Neste grupo de indivíduos, se enfatiza a necessidade de mudança de estilo de vida como medida terapêutica, não havendo necessidade de intervenção farmacológica. Outro tópico muito importante foi priorizar os diuréticos tiazídicos entre os medicamentos mais eficientes quando não existir condições clínicas associadas que necessitem de um medicamento anti-hipertensivo em especial. E sempre reforça que nas associações, se não existir contra-indicação, o diurético é em geral uma boa escolha. O suporte para estas considerações terapêuticas está baseado em um grande estudo, patrocinado pelo governo americano (ALLHAT), onde o diurético foi pelo menos igual em reduzir eventos cardiocerebrovasculares em relação aos medicamentos mais recentes e evidentemente mais caros. Este aspecto financeiro nos dias atuais tem papel fundamental, pois deveríamos estar tratando 25% da população mundial, que é hipertensa.

Rui Póvoa

Referências

1. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, evaluation, and treatment of high blood pressure. The JNC 7 report. JAMA 2003; 289:2560-72.
2. The antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial (ALLHAT). JAMA 2002; 228:2981-97.

Emergência

MARCADORES INFLAMATÓRIOS E PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR: APLICAÇÃO À PRÁTICA CLÍNICA

A aterosclerose foi considerada doença degenerativa durante muitas décadas. Durante os anos 90, passou-se a compreender que, mais que degenerativa, a aterosclerose é uma resposta inflamatória a diversos fatores genéticos e ambientais.

Recente "Guideline" abordou a aplicação de marcadores inflamatórios (exames sanguíneos), para a prevenção de eventos cardiovasculares¹, diretriz publicada pela American Heart Association.

O texto analisou diversos fatores inflamatórios e concluiu que nenhum deve ser utilizado preventivamente em saúde pública. Contudo, concluiu que proteína-C reativa, com técnica quantitativa, ultra-sensível, é exame de alto valor preventivo²⁻⁴.

A proteína-C reativa deve ser dosada com rotina, mas apenas em pacientes com alto risco para doença cardiovascular (pacientes diabéticos, hipertensos, dislipidêmicos, fumantes, com história familiar evidente, ou com múltiplos fatores de risco) e, como prevenção secundária, em pacientes com doença cardiovascular comprovada.

Comentário

É notório que a doença aterosclerótica visa causar morte natural das pessoas, conforme o envelhecimento. Ocorre sobremaneira nas artérias coronárias, nas carótidas e nas artérias cerebrais. Fica evidente a intenção da natureza em controlar a sobrevida, dando prioridade às proles, ou seja, às pessoas mais jovens.

De fato, aterosclerose parece ser uma resposta inflamatória em resposta a diversos

fatores genéticos e ambientais de risco, como que um tipo de relógio biológico, de certa forma, um pouco impreciso. Contudo, pessoas idosas que demonstram atividade física expressiva, e em tese úteis para apoio de suas proles (isso para o homem natural), parecem de alguma forma prolongar a sobrevida.

Na última década, vários exames sanguíneos de atividade inflamatória foram identificados como fatores independentes (corrigidos para riscos tradicionais), capazes de prever risco elevado de eventos cardiovasculares. Diversos podem ser citados: proteína-C reativa²⁻⁴, amilóide-A, fibrinogênio, velocidade de hemossedimentação, leucócitos totais, interleucinas, adesividade de leucócitos e plaquetas, moléculas de adesão em leucócitos, plaquetas e no endotélio arterial, atividade da mieloperoxidase dos leucócitos (atividade leucocitária), fatores quimiotáticos de leucócitos e de plaquetas, fatores proliferativos derivados de diversos tipos de célula, em fim, inúmeros^{1,2}.

O referido guideline¹ traz conclusão prática. Apenas proteína-C reativa (ultra-sensível) é exame suficientemente estudado para ser aplicado na prática clínica. Conclui também que não deve ser usada para prevenção pública ou generalizada. Trata-se de um preditor confiável para pacientes com alto risco para doença cardiovascular (diabéticos, hipertensos, dislipidêmicos, fumantes, com forte história familiar ou múltiplos fatores de risco). Assim, deve ser exame de rotina nestas condições. Em pacientes com doença cardiovascular comprovada, para prevenção secundária, o Guideline recomenda examinar proteína-C reativa periodicamente, como espelho de eficácia dos medicamentos e do estilo de vida sobre a atividade inflamatória da aterosclerose.

CAIO BRITO VIANNA

Referências

1. Pearson TA, Mensah GA, Alexander RW, Anderson JL, Cannon RO 3rd, Criqui M, et al. Markers of inflammation and cardiovascular disease: application to clinical and public health practice: A statement for healthcare professionals from the Centers for Disease Control and Prevention and the American Heart Association. Circulation 2003; 107:499-511.

- Blake GJ, Ridker PM. Novel clinical markers of vascular wall inflammation. *Circ Res* 2001, 89:763-71.
- Ridker PM, Hennekens CH, Buring JE, Rifai N. C-reactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med* 2000, 342:836-43.
- Ridker PM, Rifai N, Clearfield M, Downs JR, Weis SE, Miles JS, et al. Measurement of C-reactive protein for the targeting of statin therapy in the primary prevention of acute coronary events. *N Engl J Med* 2001, 344:1959-65.

Ginecologia

NOVO CONSENSO PARA A SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

Os critérios diagnósticos da síndrome dos ovários policísticos (SOP) foram recentemente revisados pelo *The Rotterdam ESHRE/ASRM – sponsored PCOS consensus workshop group, 2004*; os postulados em 1999 requeriam dois fatores diagnósticos e os atuais requerem dois de três fatores.

Comentário

Critérios em 1999 (1 e 2)

- Anovulação crônica
- Sinais clínicos e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo, excluindo-se outras etiologias. Critérios revisados em 2004 (2 de 3)
 - Oligomenorréia e/ou anovulação
 - Sinais clínicos e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo, excluindo outras etiologias de hiperandrogenismo como hiperplasia congênita adrenal, tumores secretores de androgênios e síndrome de Cushing
 - Ovários policísticos caracterizados pelo exame ultra-sonográfico padronizado, ou seja, presença de pelo menos um dos seguintes achados: 12 ou mais folículos medindo entre 2-9 mm de diâmetro ou volume ovariano aumentado ($> 10 \text{ cm}^3$). Caso se constate a presença de um folículo dominante ($> 10 \text{ mm}$) ou de corpo lúteo, o ultra-som (US) deverá ser repetido no próximo ciclo.

Outros detalhes diagnósticos estão publicados neste consenso.

Rastreamento de distúrbios metabólicos

- Nenhum teste de resistência insulínica é necessário para o diagnóstico de SOP, nem para o tratamento a ser instituído.
- Mulheres obesas com SOP devem ser rastreadas para a síndrome metabólica, incluindo avaliação da intolerância à glicose por meio da realização do teste de tolerância oral à glicose (GTT).
- Outros estudos são necessários em mulheres não obesas com SOP para se determinar a real utilidade destes testes; no entanto, devem ser sempre solicitados caso estejam presentes fatores de risco adicionais para resistência insulínica, como história familiar de diabetes.

Critérios para a identificação da síndrome metabólica em mulheres com SOMP:

A constatação de pelo menos três de cinco fatores de risco qualifica a presença da síndrome metabólica:

	Valor de corte
1. Obesidade abdominal (medida da circunferência da cintura)	$> 88 \text{ cm}$
2. Triglicérides	$\geq 150 \text{ mg/dl}$
3. HDL-Colesterol	$< 50 \text{ mg/dl}$
4. Pressão sanguínea	$\geq 130/\geq 85 \text{ mmHg}$
5. Glicemia de jejum e duas horas após o GTT	100–126 mg/dl (jejum) e/ou 140–199 mg/dl (2 h após GTT)

A identificação da resistência insulínica (RI) não é necessária para firmar o diagnóstico de SOP; entretanto, ainda há controvérsias sobre necessidade de se pesquisar rotineiramente RI em todas as portadoras da síndrome (obesas e não obesas). Devido a essas controvérsias (principalmente a de se identificar a resistência insulínica nas pacientes não obesas com SOP), indicamos em nosso serviço a avaliação rotineira da glicemia e da insulina de jejum em todas as portadoras com SOP, bem como preconizamos o cálculo do Quicki (Quantitative insulin-sensitivity check index).

O clínico deve estar atento para esta complexa síndrome, que desde sua descrição inicial em 1935 tem sido alvo de diversos consensos; neste último ressurgiu a valorização dos aspectos morfológicos dos ovários e manteve-se a importância dos aspectos metabólicos. A relação LH/FSH > 2 , considerada

por muitos como patognomônica deste tipo de anovulação, não foi incluída neste consenso pois não está presente em todos os casos.

RUI ALBERTO FERRIANI

Referências

- Balen AH, Laven JSE, Dewailly D. Ultrasound assessment of the polycystic ovary: international consensus definition. *Hum Reprod* 2003; 9(6):505-14.
- The Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod* 2004; 19(1):41-7.

Obstetria

DIRETRIZES PARA O CÂNCER DE MAMA GESTACIONAL

A tendência atual em se retardar a gravidez para a terceira ou quarta décadas de vida, associada a maior risco de câncer de mama em pacientes jovens e maior sobrevivência dessas pacientes, contribuem para maior incidência de câncer de mama gestacional (CMG). Considerando seu diagnóstico durante gravidez e até 12 meses após o parto, a incidência varia entre 0,7% e 3,9%, estabelecendo frequência de um caso para 3.000 ou 10.000 partos.

Diante das alterações fisiológicas gestacionais, a vascularização aumentada, a hiperplasticidade, o edema, a secreção láctea, intensificam a densidade do parênquima, dificultam o exame físico, reduzem o contraste do tecido adiposo e prejudicam a interpretação da mamografia e ultra-sonografia.

A tolerância imunológica gestacional, constatada pela ausência de antígenos específicos (MHC-I), presença de moléculas HLA e redução dos anticorpos bloqueadores, restringe a imuno-reatividade.

O maior percentual de casos com linfonodos positivos, os receptores de estrogênio (ER) ou progesterona (PR) negativos, C-erbB-2 e p53 mais elevados e os índices elevados de mutação BRCA, comparando-se com o câncer de mama esporádico, depreendem agressividade tumoral.