

**Fig. 1 – Ultra-som endovaginal**



**Fig. 2 – Videohisteroscopia diagnóstica**



Endométrio superior a 5 mm deve ser sempre investigado, principalmente se não sangrar após o uso de progestógeno<sup>1</sup>. No caso presente, a investigação tornou-se ainda mais imperiosa, pois o tamoxifeno responsabiliza-se por hiperplasias atípicas do endométrio, que podem evoluir para câncer endometrial. As neoplasias malignas devem ser prevenidas, principalmente por meio de programas que visem à detecção precoce de lesões precursoras. Neste caso, outra constatação interessante foi o achado histeroscópico de atrofia endometrial em paciente cujo ultra-som revelava hiperplasia. O espessamento endometrial detectado na ultra-sonografia transvaginal é achado freqüente em exames de rotina na investigação da cavidade uterina e como menos de 10% desses espessamentos se relacionam ao câncer de endométrio, fica clara a necessidade de um método de triagem que seja pouco invasivo, de fácil acesso, baixo custo e boa sensibilidade<sup>2,3</sup>.

Daí a inclusão da histeroscopia em associação à ultra-sonografia transvaginal na avaliação da cavidade uterina em mulheres após a menopausa.

**THOMAS MOSCOVITZ**

## Referências

1. Cronje HS. Diagnostic hysteroscopy after postmenopausal uterine bleeding. *S Afr Med J* 1984; 20:773.
2. Dexeus S, Labastida R, Galera L. Oncological indications of hysteroscopy. *Eur J Gynaecol Oncol* 1982; 2:61.
3. Mencaglia L, Perino A: Hysteroscopy in perimenopausal and postmenopausal woman with abnormal uterine bleeding. *J Reprod Med* 1987; 322:577.

## *Medicina Baseada em Evidências*

### **DIAGNÓSTICO DE ENCEFALOPATIA HEPÁTICA**

A encefalopatia hepática ou portosistêmica é uma síndrome clínica muito comum em portadores de doença hepática crônica, acometendo de 50% a 70% dos cirróticos no curso da sua doença. Tem curso flutuante e caráter progressivo se não identificada e tratada adequadamente. É caracterizada por sinais e sintomas neurológicos em portadores de insuficiência hepática ou "shunt" portosistêmico e que não podem ser atribuídos a outra causa. Tem graus variáveis de gravidade, desde manifestações subclínicas até o estupor e coma profundo. O diagnóstico de encefalopatia hepática é eminentemente clínico. As manifestações não são específicas; alteração de nível de consciência, asterix, hálito hepático e outros sintomas neuropsiquiátricos podem estar presentes em uma série de outras patologias que devem ser excluídas. Antecedentes de cirrose hepática e encefalopatia hepática prévia ou a presença de um evento precipitante óbvio, geralmente contribuem para o diagnóstico, porém, mesmo em hepatopatas, a alteração de nível de consciência pode estar relacionada a outras patologias como eventos vasculares cerebrais ou infecção no sistema nervoso central. Portanto, o diagnóstico de encefalopatia hepática é geralmente de exclusão, devendo-se atentar para a presença de sinais e sintomas que sugiram outra etiologia para alteração no nível de

consciência, como déficits focais, alteração em pares cranianos ou irritação meníngea. Fatores predisponentes também auxiliam na suspeita diagnóstica e incluem: o aumento da produção de amônia ou da difusão de amônia pela barreira hemato-encefálica (por uremia, hemorragia digestiva, infecção, entre outras), o comprometimento da perfusão hepática (por hipovolemia, paracentese), drogas depressoras do sistema nervoso (benzodiazepínicos, opióides), "shunt" portosistêmico (TIPS, cirúrgico) e diminuição da reserva funcional hepática (progressão da hepatopatia, hepatocarcinoma).

Na maioria das vezes, existem fatores precipitantes que obrigatoriamente devem ser identificados e tratados para que a encefalopatia seja revertida de forma rápida e efetiva. O papel da propedêutica armada está justamente no auxílio do diagnóstico diferencial e identificação de fatores precipitantes. A utilidade da dosagem sérica de amônia é bastante controversa na literatura. Geralmente não é útil, pois entre 20% e 30% dos pacientes com encefalopatia hepática podem apresentar amoninemia normal enquanto níveis séricos elevados não garantem que a etiologia da alteração da consciência tenha relação apenas com a encefalopatia hepática. Enfim, o diagnóstico da encefalopatia hepática à beira do leito é um desafio propedêutico considerável, já que devemos levar em consideração não só uma ampla gama de diagnósticos diferenciais, mas também identificar os fatores que induziram ao seu desenvolvimento.

**LEONARDO ROLIM FERRAZ**

**LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO**

## Referências

1. Blei AT, Córdoba J. Hepatic encephalopathy: Practice Guidelines. *Am J Gastroenterol* 2001; 96:1968-76
2. Lizardi-Cervera J, Almeda P, Guevara L, Uribe M. Hepatic encephalopathy: a review. *Ann Hepatol*. 2003; 2:122-30.
3. Ong JP, Mullen KD. Hepatic encephalopathy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001; 13:325-34.