

- Wong RW, Rapaport WD, Witzke DB, Putnam CW, Hunter GC. Factors influencing the safety of colostomy closure in the elderly. *J Surg Res* 1994; 57(2):289-92.
- Ghorra SG, Rzczycki TP, Natarajan N, Pricolo VE. Colostomy closure: impact of preoperative risk factors on morbidity. *Am Surg* 1999; 65(3):266-9.

Clínica Médica

COMO DEVE SER TRATADA A HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR?

O tratamento atual da hipertensão arterial pulmonar (HAP) inclui medidas gerais e a utilização de novas drogas. Há recomendações a serem seguidas com o objetivo de evitar ou retardar a piora da função ventricular direita e eventos tromboembólicos. Orienta-se limitar a atividade física de acordo com a sintomatologia, evitar altitudes elevadas (acima de 800 m) bem como cabines de avião não-pressurizadas, e monitorização cuidadosa de procedimentos invasivos. Para pacientes do sexo feminino, a gravidez está contra-indicada pelo alto risco de falência ventricular direita e óbito.

O tratamento convencional da HAP consiste na anticoagulação crônica, controle da disfunção ventricular direita, uso de oxigênio domiciliar e vasodilatadores. Apesar de não haver estudos clínicos controlados, há evidências de que pacientes anti-coagulados têm maior sobrevida. Recomenda-se o uso de warfarin, mantendo-se o INR (International Normalized Ratio) entre 2,0 e 2,5. Para o controle da disfunção ventricular direita, a digoxina é a droga mais utilizada. Diuréticos como furosemida e espironolactona ajudam a controlar a congestão sistêmica, tendo-se o cuidado de não diminuir excessivamente a pré-carga ventricular direita e conseqüente piora do débito cardíaco. O uso crônico de oxigênio domiciliar é recomendado nos pacientes com pressão arterial de oxigênio abaixo de 60 mmHg.

Antes de iniciar o tratamento com vasodilatador, orienta-se realizar estudo hemodi-

nâmico, com o teste agudo de vasodilatação pulmonar. O vasodilatador de escolha é o óxido nítrico (10 ppm, durante 10 minutos). Considera-se resposta positiva a redução de no mínimo 20% na resistência vascular pulmonar, com respectivo aumento no índice cardíaco, ou redução da pressão média arterial pulmonar de pelo menos 10 mmHg, sendo o valor final inferior a 40 mmHg. O uso de bloqueadores de canais de cálcio em altas doses melhora a sobrevida de pacientes que respondem adequadamente ao teste vasodilatador.

Além da prostaciclina intravenosa (Epoprostenol), padrão-ouro no tratamento da HAP, com efeitos vasodilatador, antiplaquetário e antiproliferativo, surgem outros análogos com vias diversas de administração: oral (Beraprost); subcutânea (Treprostinil); inalatória (Iloprost). Bons resultados têm sido obtidos com o bosentan, inibidor dos receptores da endotelina-1, administrado por via oral, com relatos de melhora na capacidade física, nas variáveis hemodinâmicas e na sobrevida. Estudos clínicos isolados demonstram que o sildenafil, um inibidor da enzima fosfodiesterase-5, melhora a capacidade física e a qualidade de vida em pacientes com HAP. Está em fase final um estudo multicêntrico, duplo-cego e randomizado para determinar a eficácia dessa droga em HAP. Os resultados preliminares de estudos não controlados são promissores.

Alguns exemplos de drogas utilizadas no tratamento da HAP são: 1) Bosentan: 62,5 mg, 2x ao dia (por 30 dias); 125 mg, 2x ao dia, a seguir; 2) Iloprost: 13 a 15 mg, 6 a 9x ao dia; 3) Sildenafil: 50mg, 3x ao dia (sujeito a modificação). Existem vários critérios para se avaliar a resposta a um tratamento instituído. Os pacientes que após três meses de tratamento não atingem 380 metros no teste de seis minutos, são considerados graves, com prognóstico reservado.

Além do tratamento medicamentoso, a atrioseptostomia pode melhorar a sintomatologia em casos selecionados. Como recurso final naqueles pacientes com disfunção ventricular refratária ao tratamento medicamentoso há o transplante pulmonar ou cardiopulmonar, com morbi-

mortalidades semelhantes. O advento de novas drogas que estão melhorando a qualidade de vida e sobrevida dos pacientes deverá retardar a decisão pelo transplante pulmonar.

ALESSANDRA C. BARRETO
ANTONIO AUGUSTO LOPES

Referência

Diretriz: diagnóstico, avaliação e terapêutica da hipertensão pulmonar. *Arq Bras Cardiol* 2003; 81(supl 8).

Ginecologia

COMO INVESTIGAR AS ANOMALIAS DOS DUCTOS MÜLLERIANOS?

O ginecologista deve estar atento quando atende casos de amenorréia associada a dor pélvica recorrente ou dismenorréia na adolescência. O raciocínio clínico deve ser complementado com as possibilidades propedêuticas atuais.

Na anamnese deve ser indagado sobre ocorrência ou não da menarca e se a história da paciente associa-se a queixas de dores no baixo ventre tipo cólica, muitas vezes cíclicas e, não raro, progressivas. O exame ginecológico pode revelar hímen imperfurado, malformação congênita do trato genital feminino, onde ocorre falha de tunelização da membrana himenal; percebe-se, por vezes, septos vaginais.

Exames complementares como ultrassom, ressonância magnética, vaginoscopia, histeroscopia e videolaparoscopia devem ser obrigatórios no diagnóstico correto, além de assumir especial importância no planejamento cirúrgico. O ultrassom pode sugerir imagens de hidrossalpinge e/ou hematometra, associadas ou não a hidro ou hematocolpo. A ressonância magnética avalia imagens específicas do trato genital e é fundamental para mostrar os tipos de anomalias dos ductos müllerianos. A vaginoscopia é útil na caracterização da cavidade vaginal, tanto para diagnóstico de septos transversais ou longitudinais, quanto mensuração da profundidade vaginal. A histeroscopia diagnóstica