

Referências

1. Hossne WS. Consentimento: livre e esclarecido. *Cad Ética Pesquisa* 2002;5(10):3.
2. Diekema DS. Conducting ethical research in pediatrics: a brief historical overview and review of pediatric regulations. *J Pediatr.* 2006;149(Suppl 14):S3-11.
3. Ecoffey C, Dalens B. Informed consent for children. *Curr Opin Anesthesiol* 2003;16:205-8.
4. Ungar D, Joffe S, Kodish E. Children are not small adults: documentation of assent for research involving children. *J Pediatr.* 2006;149(Suppl 1):S31-33.

Obstetria

QUAIS OS CRITÉRIOS PARA TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NA GRAVIDEZ ECTÓPICA?

A utilização de métodos não invasivos mais sensíveis, como a ultra-sonografia transvaginal e a dosagem de b-hCG quantitativo, permite um diagnóstico mais precoce e acurado da gravidez ectópica (GE). Uma condição clínica com risco de vida eminente vem tornando-se uma doença de apresentação mais benigna, com menor mortalidade. Apesar da cirurgia (convencional ou videolaparoscópica) ser o tratamento clássico da GE, a possibilidade de diminuição da morbidade, custo e a preservação do futuro reprodutivo aumentou o interesse pelos tratamentos não cirúrgicos da GE.

O tratamento não cirúrgico inclui a utilização de drogas, administradas por via sistêmica ou local, e a conduta expectante. O metotrexate (MTX) atua nas células trofoblásticas sendo utilizado no tratamento da GE desde 1982, com taxa de sucesso de 89%. O regime mais utilizado é o de dose única (50 mg/m² IM), que apresenta uma menor taxa de efeitos colaterais em comparação ao regime de múltiplas doses (1 mg/kg IM alternando com leucovorin 0,1 mg/kg - quatro doses), apesar de uma menor eficácia. No regime de dose única, o seguimento é feito pela dosagem de b-hCG nos dias 1, 4, 7 e semanalmente até que os níveis sejam menores que 5 UI/mL. Caso os níveis de b-hCG não declinem pelo menos 15% entre os dias 4 e 7 ou 15% por semana seguinte, uma nova dose de MTX deve ser administrada. As taxas de sucesso dependem fundamentalmente da concentração inicial de b-hCG. Essas taxas são menores nas pacientes com saco gestacional visibilizado à ultra-sonografia e naquelas com aumento do b-hCG sérico após administração do MTX.

Constituem critérios para tratamento conservador de GE com MTX: 1) estabilidade hemodinâmica; 2) ausência de sinais clínicos de rotura tubária; 3) b-hCG < 5000 mUI/mL e sem aumento superior a 60% nas últimas 48 horas (pré-tratamento); 4) exames laboratoriais normais (hemograma, coagulograma, função hepática e renal); 5) ultra-sonografia mostrando diâmetro da massa anexial < 3,5 cm e ausência de atividade cardíaca fetal; 6) ausência de dúvida diagnóstica; 7) possibilidade de retorno da paciente em caso de rotura e/ou seguimento.

AGNALDO LOPES SILVA-FILHO
PATRICIA PEREIRA RODRIGUES
CAROLINA PASSOS REZENDE

Referências

1. Hajenius PJ, Mol BWJ, Bossuyt PMM, Ankum WM, Van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000; Issue 1.
2. Potter MB, Lepine LA, Jamieson DJ. Predictors of success with methotrexate treatment of tubal ectopic pregnancy at Grady Memorial Hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1192-4.
3. Dudley PS, Heard MJ, Sangi-Haghpeykar H, Carson SA, Buster JE. Characterizing ectopic pregnancies that rupture despite treatment with methotrexate. *Fert Steril* 2004;82:1374-8.
4. Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical management of ectopic pregnancy: a meta-analysis comparing "single dose" and "multidose" regimens. *Obstet Gynecol* 2003;101:778-84.

Pediatria

APENDICECTOMIA NA CRIANÇA: DRENAR OU NÃO DRENAR A CAVIDADE PERITONEAL?

É antiga a polêmica em torno da utilização ou não de drenos após a realização de apendicectomia em crianças e adultos, particularmente em casos de peritonites difusas ou localizadas. Artigos científicos na literatura nacional e internacional colocam em dúvida a real eficácia de tais drenos quanto ao diagnóstico e prevenção das complicações pós-operatórias, principalmente formação de abscessos intracavitários e supuração da ferida cirúrgica. Sendo a apendicite aguda a causa mais freqüente de abdome agudo nas crianças com mais de dois anos de idade, depreende-se a importância da presente discussão. Por outro lado, por motivos de dificuldade de avaliação e diálogo com o paciente, bem como inespecificidade dos sintomas, é freqüente que, em crianças com menos de cinco anos de idade, o diagnóstico da apendicite aguda seja feito em fases mais tardias, com peritonite difusa e abscessos intraperitoneais. Do ponto de vista prático, o dreno intracavitário é deixado até o sexto ou sétimo dia de pós-operatório, quando habitualmente não mais se verifica saída de secreções por ele. No entanto, habitualmente se verifica na prática que, apesar da colocação de drenos, ocorre a formação de abscessos intraperitoneais, cuja manifestação clínica é a persistência de febre e íleo adinâmico até a segunda semana de pós-operatório. Por vezes, abscessos intraperitoneais podem sofrer drenagem espontânea através da incisão cirúrgica que se torna deiscente para permitir a ampla drenagem do pus, porém sem a colocação prévia de drenos. Portanto, em crianças com apendicite aguda supurada, peritonite difusa ou localizada, a recomendação é que se proceda rigorosa limpeza mecânica das secreções e fibrina, seguida de fechamento total da incisão operatória e antibioticoterapia de largo espectro no período pós-operatório.

UENIS TANNURI

Referência

- Ein SH, Sandler A. Wound infection prophylaxis in pediatric acute appendicitis: a 26-year prospective study. *J Pediatr Surg.* 2006;41:538-41.