

pacientes foram submetidos à cirurgia de Fobi-Capella por via laparotômica.

Resultados: O sintoma de refluxo gastroesofágico desapareceu em todos os pacientes, e 12 meses após a cirurgia, a EDA mostrou cicatrização das úlceras pépticas em esôfago e da esofagite erosiva. A análise histológica das biópsias mostrou que dos sete pacientes com Barrett curto, em quatro (57%) houve desaparecimento da metaplasia intestinal em até 25 meses após a cirurgia. Dos cinco pacientes com Barrett longo, um (20%) apresentou regressão da metaplasia intestinal. Em nenhum paciente houve aparecimento de displasia nos tecidos biopsiados. Dois pacientes que apresentavam displasia leve no pré-operatório tiveram desaparecimento da displasia com retorno a epitélio normal no pós-operatório e um paciente apresentou regressão da displasia permanecendo apenas com metaplasia intestinal.

Dos três pacientes com metaplasia intestinal em cárdia, dois apresentaram regressão para mucosa normal e um permaneceu com metaplasia, no entanto sem progressão para displasia.

Conclusão: A cirurgia de derivação gástrica para tratamento da obesidade mórbida é uma ótima cirurgia antirrefluxo, levando a um total desaparecimento dos sintomas de refluxo gastroesofágico, a cicatrização de úlceras de esôfago e esofagite erosiva. Além disso, a cirurgia levou a uma regressão da metaplasia intestinal para mucosa normal em grande número de pacientes, principalmente no Barrett curto. Houve desaparecimento da displasia e, no caso de persistência da metaplasia, não houve aparecimento de displasia no período de seguimento endoscópico pós-operatório de dois anos.

Comentário

A cirurgia de Fobi-Capella leva a uma diminuição da produção ácida no estômago (pequena câmara) e evita o refluxo duodenal. Esses dois fatores diminuem o risco de Barrett, e propiciam o seu desaparecimento. Devido ao pequeno número de pacientes desse trabalho (15 pacientes), são necessários novos estudos com maior número de casos e com mais tempo de seguimento para conclusões definitivas sobre o assunto.

ELIAS JIRJOSS ILIAS
PAULO KASSAB

Referência

Csendes A, Burgos AM, Smok G, Burdiles P, Henríquez A. Effect of gastric bypass on Barrett's esophagus and intestinal metaplasia of the cárdia in patients with morbid obesity. *Gastroint Surg* 2006; 10(2):259-64.

Emergência e Medicina Intensiva

ALTERAÇÕES DA GLICEMIA EM TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA: UMA PREOCUPAÇÃO CRESCENTE

Dentre as alterações endocrinológicas mais importantes observadas em crianças gravemente doentes encontram-se a insuficiência adrenal e os distúrbios da glicemia¹. Estes últimos

são responsáveis por grande número de publicações nos últimos anos visando a correlação entre tais distúrbios e desfechos desfavoráveis ao paciente grave.

Wintergerst et al. publicaram estudo em 2006² analisando os efeitos tanto da hiperglicemia e hipoglicemia, mas também da variação glicêmica durante a internação, parâmetro este nunca avaliado anteriormente. O estudo foi realizado em UTI Pediátrica terciária com predomínio de pacientes cirúrgicos (cerca de 70%) e trouxe o importante dado da mortalidade mais alta ocorrer nos pacientes hipoglicêmicos (feito corte de glicemia abaixo de 65 mg/dL, porém esta UTI também contava com população considerável de recém-nascidos) – dos 50 óbitos observados na pesquisa, em 30 pacientes foram observados níveis glicêmicos abaixo de 65 mg/dL. Os efeitos da hiperglicemia na mortalidade dos pacientes também foi significativa, com 68% dos óbitos ocorrendo entre pacientes com níveis glicêmicos máximos superiores a 200 mg/dL, com nível de significância “p” inferior a 0,001. A taxa de mortalidade foi de 5,7% em níveis glicêmicos entre 110 mg/dL e 150 mg/dL, 7,4% entre 150 mg/dL e 200 mg/dL e 9,9% quando o nível glicêmico ultrapassou 200 mg/dL. Em contraste, pacientes com níveis glicêmicos normais tiveram mortalidade de apenas 1,5% como citado perfazendo apenas dois dos 50 óbitos observados no estudo. Mostra-se interessante o dado citado pelo autor que o parâmetro que mais obteve significância estatística relacionada ao aumento da mortalidade foi a variabilidade glicêmica. Nas crianças com variações grandes de glicemia, principalmente naquelas que experimentaram hipo e hiperglicemia, a mortalidade foi ainda maior do que aquelas que apresentaram algum dos dois distúrbios isoladamente.

Comentário

Existem evidências, conforme demonstrado em várias publicações recentes, de que a hiperglicemia é altamente prevalente em crianças internadas em terapia intensiva e, além disso, contribui isoladamente para o aumento da morbimortalidade durante a internação e do próprio tempo de internação. Na população adulta, tal correlação foi demonstrada há alguns anos. Van den Berghe et al. publicaram estudo pioneiro em 2001³ comprovando a efetividade na redução de quase 50% na mortalidade de pacientes adultos internados em UTI cirúrgica quando submetidos a controle estrito da glicemia com insulino terapia contínua e, ao analisar a população não-cirúrgica cinco anos depois⁴, não obteve impacto na mortalidade com o mesmo modelo de terapia.

A hipoglicemia, apesar de menos prevalente de maneira isolada, obteve no estudo citado² importante correlação com tempo de internação hospitalar e mortalidade. A hiperglicemia, do mesmo modo, também esteve correlacionada a tais desfechos. Até o presente momento, a quase totalidade dos estudos pediátricos demonstra, de maneira retrospectiva e com análise de prontuários, que tal correlação da hiperglicemia com morbimortalidade em terapia intensiva é significativa; entretan-

to, poucos discriminam a hiperglicemia como variável isolada de mortalidade, sendo necessários mais estudos prospectivos e com protocolos bem definidos para a definição do poder estatístico de tal variável.

O controle glicêmico estrito em terapia intensiva pediátrica é assunto controverso, tendo a criança particularidades como menor reserva glicêmica, menor exposição dos tecidos ao estresse oxidativo ao longo dos anos e a preocupação acerca da lesão cerebral motivada por hipoglicemia a um sistema nervoso em formação. Além disso, as possíveis oscilações dos níveis glicêmicos motivados pelo uso de insulina em crianças podem contribuir, conforme o texto discutido, com piora do prognóstico das mesmas durante a internação hospitalar. Entretanto, com o crescente número de publicações avaliando os efeitos deletérios da hiperglicemia, torna-se imprescindível a atenção dos intensivistas pediátricos para este assunto enquanto

aguardamos pesquisas mais contundentes e intervencionistas nesta população específica.

WERTHER BRUNOW DE CARVALHO
EDUARDO MEKITARIAN FILHO

Referências

1. Raghavan M, Marik PE. Stress Hyperglycemia and Adrenal Insufficiency in the Critically Ill. *Semin Respirat Crit Care Med* 2006; 27:274-85.
2. Wintergerst KA, Buckingham B, Gandrud L, Wong BJ, Kache S, Wilson DM. Association of Hypoglycemia, Hyperglycemia, and Glucose Variability With Morbidity and Death in the Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatrics* 2006; 118:173-9.
3. Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M et al. Intensive insulin therapy in critically ill patients. *N Engl J Med* 2001; 345:1359-67.
4. Van den Berghe G, Wilmes A, Hermans G, Meersseman W, Wouters PJ, Milants I et al. Intensive insulin therapy in the Medical ICU. *N Engl J Med* 2006; 354:449-61.