

analgésicos e até anestésicos, por meio de bloqueio loco-regional (raquidiano ou epidural)¹⁻⁴. O número de tentativas aconselhado é variável, oscilando de três a cinco^{2,3}. A técnica empregada preferencialmente é denominada de "forward roll". Ocasionalmente, se esta falhar, a técnica "back flip" é a recomendada. Todo o procedimento deve ser efetuado sob controle contínuo das condições feto-anexiais por meio da ultra-sonografia e, no final, seja exitoso ou não, deve-se realizar a cardiocardiografia para se certificar da preservação da vitalidade fetal. A profilaxia da aloimunização também é mandatória. As complicações mencionadas são: sangramento vaginal, bradicardia persistente, descolamento prematuro da placenta, desacelerações variáveis. Elas são consideradas aceitáveis em virtude de serem raras e em face dos benefícios alcançados com a aplicação da VEC. Maiores taxas de sucesso são obtidas nas seguintes situações: multiparidade, apresentações pélvicas incompletas, placenta posterior e polidrâmio¹.

Comentário

Embora não haja um efetivo engajamento, nos meios acadêmicos da comunidade obstétrica nacional, para a obtenção de menores taxas de cesáreas, a técnica em apreço, na situação citada, pode exercer atrativos convincentes, pois, além da simplicidade, não depende de grandes recursos financeiros, mas apenas de equipamentos (ultra-sonógrafos, cardiocardiografos) disponíveis na maioria das instituições de ensino e de pesquisa. Considerando-se o comprovado aumento da morbidade da operação cesariana quando comparada com a do parto normal, a VEC deve ser estimulada, notadamente quando as perspectivas de sucesso são reais. Portanto, tendo em vista a redução dos índices de cesáreas na apresentação pélvica (9,5%)² observada com a aplicação dessa técnica, é plausível que se preconize a habilitação de profissionais no ensejo de concretizar tal procedimento.

SEIZO MIYADAHIRA
ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA
MARCELO ZUGAIB

Referências

1. Regalia AL, Curiel P, Natale N, Galluzzi A, Spinelli G, Gaia VL, et al. Routine use of external cephalic version in three hospitals. *Birth* 2000; 27:19-24.

2. Huttin EK, Kaufman K, Hodnett E, Amankwah K, Hewson AS, McKay D, et al. External cephalic version beginning at 34 weeks' gestation versus 37 weeks' gestation: a randomized multicenter trial. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:245-54.

3. Wax, JR; Sutula, K; Lerer, T; Steinfeld, JD and Ingardia, CJ. Labor and delivery following successful external cephalic version. *Am J Perinatol* 2000; 17:183-6.

4. Birnbach DJ, Matut J, Stein DJ, Campagnuolo J, Drimbarean C, Grunebaum A, et al. The effect of intratecal analgesia on the success of external cephalic version. *Anesth Analg* 2001; 93:410-3.

Pediatria

TRATAMENTO COM HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (GH) E NEOPLASIA — COINCIDÊNCIA OU CONSEQÜÊNCIA?

A Sociedade Lawson Wilkins de Endocrinologia Pediátrica (LWPES) tem monitorado de perto e cuidadosamente os relatos de eventos adversos do GH (GH derivado do DNA recombinante), através do seu Comitê Drogas e Terapêuticas. Os relatos anteriores do aumento de leucemia em crianças, após terapia com GH, mostraram-se sem fundamento, quando os dados internacionais sobre crescimento foram cuidadosamente avaliados. Existem evidências indicando que o tratamento com GH não aumenta a recorrência de tumor nos casos em que a lesão primária foi tratada com sucesso. A LWPES tem adotado, como uma política prudente, aguardar um ano após o término do tratamento do tumor, para só depois deste tempo iniciar o GH. Pessoas tratadas por neoplasia são consideradas de risco para uma segunda neoplasia, daí recomendarem-se exames periódicos especialmente em certas síndromes genéticas (Down, Bloom, Fanconi, neurofibromatose). Swerdlow em 2002 publicou no *Lancet* dados sobre a incidência de câncer colo-retal e Hodgkin, em adultos do Reino Unido que na infância haviam

sido tratados com GH obtido de hipófise humana, mostrando um risco três vezes maior do que a população geral, para o câncer colo-retal e 11 vezes para o Hodgkin. Levantamento feito para 86.000 pacientes tratados com GH relata apenas um caso de carcinoma intestinal em uma garota de 15 anos tratada com quimio e radioterapia por astrocitoma cerebral, e um caso de câncer de colo em síndrome de Turner. Com estas considerações a LWPES acredita que:

1. As recomendações feitas para o tratamento com GH recombinante, em crianças com deficiência de GH, são seguras e sem riscos comprovados de aparecimento de neoplasias.
2. A possível associação entre incidência de câncer, mortalidade e tratamento com GH precisa ser considerada apenas se grande número de casos forem estudados.
3. A vigilância e monitorização (IGF-I, IGFBP-3) a longo prazo deve ser encorajada e incentivada.

Comentário

Neste editorial, a LWPES posiciona-se de maneira evidente quanto à associação: uso de GH e neoplasia. Estas três considerações finais deixam clara a opinião desta Sociedade baseada em levantamento que envolveu um número muito grande de crianças e adolescentes. Contudo, fica sempre o estado de alerta para situações especiais de crianças que apresentaram algum tipo de neoplasia. A sugestão de aguardar pelo menos um ano antes do uso de GH deve ser considerada, pois poderia ser o tempo de reaparecimento do mesmo tumor ou até do surgimento de uma segunda neoplasia.

NUVARTE SETIAN

Referências

1. Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society Writing Committee. Special Editorial: growth hormone treatment and neoplasia—coincidence or consequence? *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87:5351-2.

2. Swerdlow AJ, Higgins CD, Adlard P, Preece MA. Risk of cancer in patients treated with human pituitary growth hormone in the UK, 1959-85: a cohort study. *Lancet* 2002; 360:273-7.