

- e) Hemograma e eletroforese de hemoglobina; HIV; função hepática e tireoideana; testes reumatológicos; parasitológico de fezes e biópsia retal; ultra-sonografia de abdome; f) Testes funcionais (ergoespirometria e teste de seis minutos de caminhada; g) Cateterismo cardíaco;

Ainda sob o ponto de vista diagnóstico, interrelações entre achados ecocardiográficos (velocidade de regurgitação tricúspide - VRT) e dados hemodinâmicos podem ser úteis na diferenciação entre hipertensão arterial pulmonar ausente ou discreta, e doença moderada a avançada. Condutas específicas decorrem da avaliação ecocardiográfica bem conduzida:

**1. VRT (m/s) <2,8 e pressão sistólica da artéria pulmonar (PSAP) provável < 35mmHg: HAP ausente**

**2. VRT (m/s) entre 2,8 e 3,4 e PSAP provável entre 35 e 50 mmHg:**

- 2.1. sem sintomas – procurar todas as causas predisponentes e agravantes, reavaliar em seis meses a um ano
- 2.2. com sintomas – cateterismo cardíaco
- 2.2.1. PSAP <35 e PMAP <25 – cateterismo com exercício: HAP presente ou ausente
- 2.2.2. PSAP entre 35 e 50 e PMAP entre 25 e 35 – tratar todas as causas predisponentes e agravantes; acompanhamento clínico; reavaliar em seis meses a um ano

**3. VRT (m/s) >3,4 e PSAP provável > 50 mmHg – HAP sintomática: algoritmo diagnóstico completo e tratamento com vasodilatador**

O cateterismo cardíaco direito deve ser realizado nas condições basal e após estímulo vasodilatador (preferencialmente óxido nítrico, 10ppm, 10 minutos), sendo considerada resposta positiva, a queda na resistência vascular pulmonar superior a 20% em relação ao valor basal. Alternativamente, tem sido admitido como critério de resposta vasodilatadora positiva, a queda da pressão média arterial pulmonar de no mínimo 10 mmHg em relação ao basal, com valor final inferior a 40 mmHg.

Assim, o diagnóstico adequado da hipertensão arterial pulmonar, quanto aos mecanismos fisiopatológicos implicados (vasoconstrição ou vaso-oclusão com envolvimento arterial e/ou venoso) é essencial para a escolha do tratamento adequado. Os dados corretamente obtidos na etapa diagnóstica, serão fundamentais para a verificação da resposta ao tratamento instituído.

**SONIA M. FRANCHI  
ANTÔNIO AUGUSTO LOPES**

## Referências

1. Diretriz: diagnóstico, avaliação e terapêutica da hipertensão pulmonar. Arq Bras Cardiol 2003; 81 (supl 8).
2. Simonneau G, Galis N, Rubin LJ, Langleden D, Seeger W, Domenighetti G, et al. Clinical classification of pulmonary hypertension. J Am Coll Cardiol 2004; 43(12 Suppl 1):S5-S12.

## Ginecologia

### QUANDO É NECESSÁRIO A COLABORAÇÃO DO CIRURGIÃO PLÁSTICO NOS TRAUMAS VULVARES?

Não raro, os ginecologistas se deparam com traumas genitais das mais variadas causas, como acidentes com jet ski,

bicicletas, skate, pós-atividade sexual (sexo oral com violência, masturbação com objetos traumáticos e outras práticas agressivas), agressões por animais e queimaduras<sup>1</sup>.

O raciocínio clínico deve ser complementado com as possibilidades propedêuticas e terapêuticas atuais. A anamnese é fundamental, devendo ser muito bem caracterizado o motivo do trauma, tempo que ocorreu, presença de sangramento, sinais e sintomas de infecção secundária e, se foi feita alguma medicação ou conduta prévia<sup>1,2</sup>. Entretanto, nem sempre se obtém uma informação adequada, pois muitos dos traumas envolvem justificativas sexuais; daí, a necessidade de uma anamnese mais aprofundada. Neste sentido, é fundamental a relação médico-paciente e, o contato com os familiares, uma vez que a caracterização do mecanismo do trauma pode influenciar na investigação diagnóstica de lesões associadas no trato digestivo e urinário ou mesmo a presença de corpos estranhos, não facilmente identificados.

O exame ginecológico é imprescindível e deve conter rigorosa avaliação da uretra; porém, evita-se na fase aguda a sondagem vesical, em face da possibilidade de falso trajeto e de lesões adicionais. Por meio da inspeção externa e do toque retal, a região anal é avaliada na procura de lesões associadas. Deve-se realizar uma minuciosa inspeção da genitália externa e interna, caracterizando o trauma quanto à extensão (acometimento vaginal, clitóris e outros locais); ademais, deve ser investigada a presença ou não de hemorragia e/ou infecção e é evidente que a conduta do ginecologista se baseará nesses achados<sup>1</sup>.

Entretanto, é prudente que o ginecologista entenda que, em todos os casos de trauma vulvar, é aconselhável ouvir a opinião do cirurgião plástico, pois em algumas situações podem ocorrer perda de tecidos locais com a presença de áreas cruentas que, se não tratadas de maneira adequada, ocasionam comprometimento funcional e estético da região<sup>2,3</sup>.

A abordagem de traumas da região vulvar pode ser realizado na fase aguda, subaguda e crônica. É fato que o tratamento na fase aguda (primeiras 12 horas após o trauma) oferece melhores resultados, com menor índice de complicações, quando comparado à abordagem nas demais fases<sup>2,3</sup>. Nesta fase, o processo inflamatório local exibe menor intensidade e não há infecção, nem os efeitos deletérios da cicatrização por segunda intenção como bridas e sinéquias. Na fase aguda, os tecidos estão vascularizados e, apesar da colonização bacteriana local, são raras as situações que apresentam infecção invasiva secundária ao trauma. Nesta situação, o cirurgião plástico pode, em conjunto com o ginecologista, promover o debridamento dos tecidos desvitalizados, a limpeza criteriosa da região e proceder a resutura dos tecidos na forma de retalhos de mucosa genital e/ou pele. Na situação onde há perda de substância, seja da região vaginal ou vulvar, pode-se realizar enxertos de pele autóloga em lâmina de espessura parcial ou total. Entre as principais áreas doadoras merece destaque a prega inguino-crural e a região dos grandes lábios. Para a realização de enxertos é fundamental que o leito receptor (área cruenta decorrente do trauma) apresente características favoráveis como vascularização, superfície homogênea, ausência de tecido fibrótico e infecção.

Na fase subaguda, a presença de infecção contra-indica a resutura dos tecidos locais e a realização de enxertos de pele, uma vez que o risco de deiscência e perda total do enxerto não são desprezíveis. Assim, a melhor conduta é a assepsia rigorosa da região, o uso de compressas frias, a prescrição de antibiótico tópico e sistêmico e o uso de anti-inflamatórios. A antibioticoterapia deve ser orientada, de acordo com a flora bacteriana local, indicando a cobertura para cocos gram-positivos (staphilococos, neisseria e streptococos), anaeróbios (peptococos) e espiroquetas (clamídia). Após período de uma a duas semanas e, com o término dos sinais de infecção secundária e edema local, programa-se a reconstrução tardia da região. Nesta fase, pode-se realizar a reconstrução, quer com enxertos com maior segurança, quer com a aplicação de retalhos, nos casos de lesões mais profundas<sup>2,3</sup>.

Na fase crônica, normalmente, não se observam áreas cruentas, uma vez que ocorreu a cicatrização secundária; nestes casos, as principais queixas relacionam-se à dificuldade da higiene da região vaginal e da drenagem fisiológica das secreções, a presença de disúria nas estenoses periuretrais e as limitações na atividade sexual<sup>3,4</sup>. De maneira geral, são quadros mais graves e são observados nas situações onde a paciente não obteve qualquer forma de atendimento na fase aguda e subaguda ou o tratamento foi realizado de maneira inadequada ou por profissionais não habilitados. Na presença de estenose, bridas e sinéquias da região vulvar deve-se programar a reconstrução local em conjunto com o cirurgião plástico. Técnicas de correção de estenose, liberação de bridas e aderências cicatriciais e, mesmo a rotação de retalhos cutâneos locais ou à distância, pode ser aventada com o objetivo de melhorar a função da região<sup>2,3</sup>.

Assim, no trauma da região vulvar, é fundamental sua correta identificação e a instituição de uma abordagem cirúrgica imediata dentro de uma assistência multidisciplinar, que obrigatoriamente deve incluir o cirurgião plástico; só desta forma será atingido o sucesso.

**JOSÉ M. ALDRIGHI  
CLÁUDIA MARIA SANTOS ALDRIGHI  
ALEXANDRE MUNHOZ**

## Referências

1. Merritt DF. Vulvar and genital trauma in pediatric and adolescent gynecology. Curr Opin Obstet Gynecol. 2004 Oct;16(5):371-381.
2. Knapstein P, Friedberg V. Plastic surgery of vulva and vagina. Gynakologe. 1981 Mar;14(1):42-8.
3. Lees DH, Singer A. Vaginal surgery for congenital abnormalities and acquired constrictions. Clin Obstet Gynecol. 1982 Dec;25(4):883-95.
4. Munarriz R, Talakoub L, Somekh NN, Lehrfeld T, Chudnovsky A, Flaherty E, Goldstein I. Characteristics of female patients with sexual dysfunction who also had a history of blunt perineal trauma. J Sex Marital Ther. 2002;28 Suppl 1:175-9.

## Errata

Nesta seção, na área de Ginecologia da edição passada, publicada à pág. 239, o título correto do artigo é "Como investigar as anomalias dos ductos Mullerianos?", e não da forma como foi publicado.