

## Bioética

### COMO DECIDIR PELA NÃO-REANIMAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS MUITO IMATUROS EM SALA DE PARTO?

As noções de beneficiência e de não-maleficiência, que norteiam qualquer ato médico, têm, na reanimação neonatal, aspectos complexos incluindo autonomia do paciente e a distribuição justa de recursos.

Não sendo possível, a nosso ver, resposta direta à questão, enumeramos a seguir pontos que podem auxiliar nas condutas.

1. A decisão de não-reanimação não deve ser tomada na sala de parto;
2. Eventual decisão de não reanimar pode ser planejada antes do nascimento, com respaldo do obstetra, do neonatologista e da família, com base em informações consistentes.
3. Essa decisão poderá ser mudada ao ocorrer o nascimento, frente à alteração no diagnóstico.
4. O "ponto de corte" para sobrevida a ser relatado aos pais deve ser o do serviço onde se dará o nascimento. Lembrar que a "viabilidade" tem mudado com o correr do tempo e não é atributo exclusivo do RN, mas da interação RN/meio que o recebe.

O ato de "não-reanimar" só pode representar o reconhecimento tácito de que o óbito do RN é inevitável, segundo o melhor conhecimento dos cuidadores.

Dados do ACOG, de 2002, com dados dos EUA em 1995/96, indicam sobrevidas de 0% a 21 semanas de idade gestacional, até 75% a 25 semanas e de 11% com 401-500g de peso até 75% com 701-800g. Os resultados de sobrevida diferem grandemente entre os diversos países.

5. Sequelas neurológicas e sensoriais atingem cerca de 50% de prematuros com menos de 25 semanas. A grande diferença na sobrevida que existe entre RN de 23 e 25 semanas não se repete no que diz respeito a seqüelas.

Frente a um RN imaturo vivo, a conduta provavelmente correta seria (modificada de Kraybill, 1998):

- todos, em princípio, são viáveis;
- portanto, receberão ressuscitação cardiopulmonar na sala de parto (presumivelmente excluindo-se malformações letais reconhecidas);
- atualizar o prognóstico e as opções de conduta, completando dados pré-natais;
- encorajar os pais para participação nas decisões, enfatizando não haver decisões "irrevogáveis"; o cuidado intensivo poderá ser retirado se a evolução o indicar;
- a opção dos pais deve ser sempre respeitada, porém a equipe de saúde não pode renunciar a sua responsabilidade profissional no cuidado. Diferenças de opção sobre não-reanimação deverão ser levadas ao Comitê de Bioética, sempre que possível, ou pelo menos a uma consultoria.

**JOSÉ LAURO ARAÚJO RAMOS**

#### Referências

1. Kraybill EN. Ethical issues in the care of extremely low birth weight infants. *Semin Perinatol* 1998; 22:207-15.
2. Jones KL; Goldsmith JR, Ginsberg HG, McGettigan. Ethical decisions in the delivery room. *Clin Perinatol* 1996; 23:529-50.
3. Munro M, Yu VYH, Partridge JC, Martinez AM. Antenatal counselling, resuscitation practices and attitudes among Australian neonatologists towards life support in extreme prematurity. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001; 43:275-80.
4. Stevenson DK, Goldworth A. Ethical dilemmas in the delivery room. *Semin Perinatol* 1998, 22:198-206.

#### Cancerologia

### TRATAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS IRRESSECÁVEIS: QUAL A MELHOR FORMA DE COMBINARMOS QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA?

Caso clínico: C.A.B., 65 anos, comerciante, início de tosse, emagrecimento de 5 Kg e dor torácica posterior progressiva há dois meses. Tabagista: um maço de cigarros ao dia

por 30 anos. Sem passado mórbido de importância. Ao exame clínico, diminuição do murmúrio vesicular do terço superior do pulmão esquerdo e hipocratismo digital leve. "Performance Status" OMS<sup>1</sup>. Radiografia de tórax: massa no lobo superior esquerdo. Punção guiada por TC: adenocarcinoma broncogênico moderadamente diferenciado. TC e RNM de tórax e coluna torácica: tumor ocupando o segmento posterior do L5E já com invasão inequívoca e de vértebra T3, além de linfadenomegalia mediastinal homolateral (linfonodo paratraqueal com 2,2cm de diâmetro). Cintilografia óssea mostrou apenas hipercaptação em vértebra T3. RNM de crânio sem alterações. Estadiamento TNM: T4N2M0 – IIIB.

Conduta tomada no caso: recebeu tratamento radioterápico (60 Gy) associado e de forma concomitante a CDDP: 40 mg/m<sup>2</sup>, semanalmente, por seis semanas. Teve esofagite grau 3 e vômitos grau 2. TC após tratamento: resposta completa. Encontra-se sem evidência de doença há 18 meses do tratamento

#### Comentário

Para os tumores pulmonares de células não pequenas irressecáveis (estádio IIIB), a radioterapia isolada oferece poucas chances de sobrevida de longo prazo, que não ultrapassam a 5%. Já a adição de quimioterapia proporciona melhor controle da doença e sobrevida, de acordo com quatro estudos controlados que comparam a radioterapia isolada com a associação de quimioterapia e radioterapia. Entretanto, o modo de associação entre estas duas modalidades pode influir nos resultados. Sabemos hoje, através de dois estudos controlados (Furuse et al. e RTOG 9410) que o uso concomitante das duas modalidades oferece resultados superiores aos de seu uso de forma seqüencial. A droga padrão para ser utilizada em tal combinação é a cisplatina pois, além de ser ativa no tratamento do câncer pulmonar, potencializa a ação da radioterapia (quimioterápico radiosensibilizante). Com este tratamento, as chances de controle definitivo triplicam em relação ao uso da radioterapia isolada, alcançando-se índices de sobrevida de longo prazo de 17% a 21%.

**ANDRÉ MÁRCIO MURAD**

## Referências

1. Furuse K, Fukuoka M, Kawahara M, Nishikawa H, Takada Y, Kudoh S, et al. Phase III study of concurrent versus sequential thoracic radiotherapy in combination with mitomycin, vindesine and cisplatin in unresectable stage III non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 1999; 17:2692-9.
2. Curran W, Scott C, Langer R, Komaki JL, Hauser S, Movsas B, et al. Phase III comparison of sequential vs concurrent chemoradiation for patients with unresectable stage III non-small cell lung cancer (NSCLC): Report of Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) 9410. *Lung Cancer* 2000; 29:93. (abstract 302).

## *Clinica Cirúrgica*

### **HERNIOPLASTIA INGUINAL HOJE. LICHTENSTEIN SEMPRE?**

Todos sabemos que a ocorrência de diversas técnicas cirúrgicas para um mesmo fim demonstra não estar havendo satisfação completa com os métodos em uso.

Na hernioplastia inguinal não é diferente. E por isso, com o avanço dos conhecimentos e das pesquisas, novas idéias surgem constantemente. Na década de 80 foi descrita por Lichtenstein a técnica de hernioplastia inguinal sem tensão.

Os excelentes resultados apresentados pelo autor e a reprodução destes resultados em todo o meio científico determinaram sua rápida difusão no meio cirúrgico, sendo então considerada por muitos como método ideal de reparo para esta enfermidade.

É importante lembrar que devemos adaptar a técnica ao doente e não o doente à técnica. Portanto, hoje não há espaço para se pensar em uma hernioplastia inguinal sem levar em consideração a possibilidade de reforço a Lichtenstein, mas esquecer técnicas comprovadas, como o reforço a Mc Vay, Shoudice, Stoppa, Bassini, etc seria mesmo um absurdo.

Somos partidários da técnica descrita por Irving L. Lichtenstein há muitos anos e propagadores de seus benefícios, mas nem por isso deixamos de lembrar os riscos de infecção, edema, hematoma, seroma,

rejeição ou recidiva (a técnica não é milagrosa), assim como em outras técnicas, e, portanto, a orientação ao doente de que "colocarei uma tela e seus problemas estarão resolvidos" pode ser falsa ou mesmo pretenciosa por parte do cirurgião.

**DARCY LISBÃO MOREIRA DE CARVALHO  
PEDRO LUIZ SQUILACCI LEME**

## Referências

1. Forte A, D'Urso A, Palumbo P, Lo Storto G, Gallinaro LS, Bezzi M, et al. Inguinal hernioplasty: the gold standard of hernia repair. *Hernia* 2003; 7(1):35-8.
2. Amid PK. The Lichtenstein repair in 2002: an overview of causes of recurrence after Lichtenstein tension-free hernioplasty. *Hernia* 2003, 7(1):13-6.
3. Lichtenstein IL. *Hernia repair without disability*. 2nd ed. Tokyo: Ishiyaku Euroamerica Inc.; 1986.

## *Ginecologia*

### **ENDOMETRIOSE DE VAGINA. COMO ABORDAR CIRURGICAMENTE?**

Dentro dos quadros de endometriose pélvica, a de localização vaginal é pouco frequente. A manifestação clínica caracteriza-se, geralmente, por dispareunia de profundidade, dificultando o relacionamento sexual, podendo também se acompanhar de graus variados de dismenorréia. É fundamental que se avalie o sítio exato destas lesões e a abordagem cirúrgica deve ser por via abdominal (de preferência laparoscópica) e não por via vaginal.

#### **Caso Clínico**

S.M.A, 30 anos, nulípara, nuligesta, com queixa de dispareunia de profundidade, dismenorréia e pequeno sangramento ao coito.

Ao exame ginecológico detectou-se presença de nódulos escuros de 0,5 a 1,0 cm de diâmetro, localizados no 1/3 superior da vagina, logo abaixo do lábio posterior do colo do útero. Ao exame de toque os nódulos apresentavam-se dolorosos. O restante do exame ginecológico, bem como a ecografia vaginal não mostravam alterações signifi-

cativas. A determinação sérica do CA 125 revelou resultado de 30 (limite superior de normalidade). A paciente foi encaminhada para colposcopia e foi solicitada biópsia dos nódulos. O anatomo-patológico das lesões evidenciou presença de epitélio glandular endometrial de permeio a fibras musculares.

Com esse diagnóstico foi indicada videolaparoscopia, cujo resultado mostrou cavidade abdominal sem alterações significativas, identificando o útero de tamanho e forma normais, ovários de aspecto normal e tubas uterinas normais. O fundo de saco útero-retal mostrava-se livre, porém notaram-se lesões escuras nas regiões dos ligamentos útero-sacros. Não se constatou nódulos entre os ligamentos útero-sacros; entretanto, à palpação com instrumental laparoscópico desta região notou-se irregularidade que coincidia com os nódulos de vagina. Com este quadro, decidiu-se pela excisão das lesões dos ligamentos útero-sacros e abertura por via laparoscópica da cúpula vaginal. Assim, introduziu-se na vagina instrumental para apresentação da cúpula utilizado em cirurgias laparoscópicas e, com o bisturi ultrassônico laparoscópico, procedeu-se à abertura da vagina. Uma vez aberta, observou-se a presença de quatro nódulos escuros, endurecidos e de 1 cm de diâmetro. Retirou-se uma faixa de 1 cm a 1,5 cm de vagina. A utilização do palpador especial fez com que não houvesse saída de gás durante o procedimento e dessa forma evitou-se a perda do pneumoperitônio. A sutura vaginal foi realizada por via laparoscópica.

Alta hospitalar ocorreu 24 hs após o procedimento. O estudo anatomopatológico da peça cirúrgica confirmou tratar-se de endometriose vaginal. A paciente foi orientada a utilizar contraceptivo oral após o procedimento.

Apesar da reativação da via vaginal para cirurgias de retirada de útero, a endometriose de vagina não deve ser abordada por esta via, pois as lesões na vagina podem representar uma ponta do "iceberg" de um grande implante endometriótico propriamente dito. A via laparoscópica, além de fazer um diagnóstico mais amplo e efetivo, permite uma abordagem segura e eficaz com retirada de todo implante endometriótico.

**FRANCESCO VISCOMI**