

Referências

1. Redwine DB. Conservative laparoscopic excision of endometriosis by sharp dissection: life table analysis of reoperation in persistent or recurrent disease. *Fertil Steril* 1991; 56:628-34.
2. Adamson GD, Heard SJ, Pastor DJ, Rodriguez BD. Laparoscopic endometriosis treatment. It is better? *Fertil Steril* 1993; 59:35-44.
3. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med* 1993; 328:1759-69.

Obstetria

A TRANSLUCÊNCIA NUCAL DEVE SER SOLICITADA NA ROTINA PRÉ-NATAL?

Uma das grandes contribuições da pesquisa ultra-sonográfica do final do século 20 foi a demonstração de que se o acúmulo de fluido na nuca fetal, conhecido como translucência nucal (TN), for excessivo, no período de 11 a 13^{6/7} semanas, há um risco aumentado para a ocorrência de anomalias cromossômicas, malformações fetais e síndromes genéticas. Isso proporcionou um avanço do conhecimento no aconselhamento da gestante/casal sobre os riscos de anomalias cromossômicas, determinando consideráveis mudanças no diagnóstico pré-natal de primeiro trimestre da gestação, no século 21.

Estudos realizados em vários países, perfazendo um total de 174.473 casos, investigaram a implementação da TN no rastreamento da trissomia do cromossomo 21. Apesar de utilizarem diferentes pontos de cortes para identificar o grupo de risco, com conseqüentes taxas de detecção diferentes e falsos positivos, todos apresentaram taxas de detecção altas (variando de 57% a 100%), sendo a detecção geral de 77%, com taxa de falso-positivo de 4,7%. Para que os resultados de diferentes serviços sejam reprodutíveis é necessário que seja utilizada a mesma padronização técnica. No programa de rastreamento pela medida da TN se utiliza a padronização determinada pela Fetal Medicine Foundation – Londres.

Na estimativa de cálculo de risco para anomalias cromossômicas deve ser considerado o risco basal (idade materna e história

anterior de anomalia cromossômica) e, uma vez que a medida da TN aumenta com o tamanho do feto, aferido pelo comprimento cabeça-nádegas (CCN), esta medida também deve ser considerada. Portanto, para um determinado CCN, cada medida da TN representa um fator que será multiplicado ao risco basal obtendo-se nova taxa de risco após TN (risco corrigido). Com isso, quanto maior a medida da TN, maior o fator multiplicador e o risco corrigido será maior. Por outro lado, quanto menor a medida da TN, menor será o fator multiplicador e menor o risco de anomalias cromossômicas.

No grupo de fetos com translucência nucal aumentada e cariótipo normal foi observada associação com malformações fetais (principalmente cardiopatias congênitas), síndromes genéticas e prognóstico desfavorável da gestação (abortamento espontâneo, óbito intra-uterino). Portanto, recomenda-se realizar seguimento cuidadoso desses casos incluindo, subseqüentemente, exame ecocardiográfico fetal e exames ultra-sonográficos a fim de se descartar alterações subjacentes.

Hoje, após pouco mais de 10 anos de introdução da TN como método de rastreamento de anomalias cromossômicas, já é oferecida na rotina pré-natal em vários países. Pode-se dizer que a introdução desse método de rastreamento trouxe vários benefícios no pré-natal de rotina: 1. Datação da gestação e isso tem importância no acompanhamento do crescimento fetal; 2. Diagnóstico de gestações não-viáveis; 3. Determinação da corionidade nas gestações múltiplas (tem papel relevante no seguimento pré-natal); 4. Diagnóstico de algumas malformações graves.

Do exposto, verifica-se que os benefícios da ultra-sonografia de primeiro trimestre não se restringem apenas no rastreamento de anomalias cromossômicas. Por isso, defendemos a postura de que a TN deve ser oferecida na rotina pré-natal, entre 11 e 13 6/7 semanas. Por outro lado, embora o exame da TN seja isento de riscos ao feto, se os seus resultados não forem favoráveis, pode causar ansiedade aos pais. Portanto, toda a gestante deve ser informada minuciosamente a respeito dos testes de rastreamento antes de realizá-los.

MARIA DE LOURDES BRIZOT
MARCELO ZUGAIB

Referências

1. Nicolaidis KH, Brizot ML, Snijders RJM. Fetal nuchal translucency thickness: ultrasound screening for fetal trisomy in the first trimester of pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101:782-86.
2. Snijders RJM, Noble P, Sebire NJ, Souka A, Nicolaidis KH. UK multicentre project on assessment of risk of trisomy 21 by maternal age and fetal nuchal-translucency thickness at 10-14 weeks of gestation. *Lancet* 1998; 351:343-46.
3. Souka AP, Snijders RJM, Novakov A, Soares W, Nicolaidis KH. Defects and syndromes in chromosomally normal fetuses with increased nuchal translucency thickness at 10-14 weeks of gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; 11:391-400.
4. Brizot ML; Carvalho MHB; Liao AW; Reis NSY; Moraes EA; Zugaib, M. First-trimester screening for chromosomal abnormalities by fetal nuchal translucency in a brazilian population. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 18:652-5.

Pediatria

O SURGIMENTO DOS MÉTODOS DE IMAGEM PERMITIU O DIAGNÓSTICO MAIS PRECOCE DA APENDICITE AGUDA NA CRIANÇA?

A apendicite aguda constitui a principal afecção de abdomen agudo cirúrgico na criança com mais de dois anos de idade. A prática clínica demonstra que, apesar do surgimento de diferentes métodos de imagem nos últimos anos, o diagnóstico desta afecção na criança ainda se baseia no quadro clínico: dor de início insidioso, no epigástrico ou região peri-umbilical, com posterior localização na fossa ilíaca ou flanco direito, vômitos ou náuseas e febre de baixa intensidade. O exame clínico comprova a presença dos sinais de dor na fossa ilíaca ou flanco direito e, nos casos de peritonite difusa, rigidez de parede abdominal. Nos casos de dúvida diagnóstica, deve-se aguardar a evolução e repetir o exame clínico após 12 a 18 horas. Diante da persistência da

dor e ausência de definição diagnóstica, recomenda-se cirurgia exploradora. Algumas peculiaridades da criança merecem comentários:

- A medida da temperatura retal e a consequente diferença axilar-retal não têm importância prática. A ausência deste diferencial não afasta o diagnóstico de apendicite aguda na criança.
- A presença de diarreia, puxo ou tenesmo é comum na evolução da apendicite, em virtude da peritonite pélvica e, muitas vezes, levando ao diagnóstico errôneo de gastroenterocolite.
- Da mesma forma, a peritonite pélvica provoca sintomas urinários baixos principalmente disúria, inclusive com alterações no exame do sedimento urinário, o que induz ao erro diagnóstico de infecção urinária. Lembrar que em crianças saudáveis, sem alterações prévias do trato urinário, principalmente os meninos, a ocorrência de infecção urinária não é habitual e nem esperada.

- Nas crianças com menos de 4 a 5 anos de idade, em virtude da dificuldade de informação, é comum o diagnóstico da apendicite aguda ser feito em fases mais adiantadas, quando há peritonite difusa ou abscesso, que se torna palpável.

Os exames subsidiários, frequentemente solicitados, pouco ajudam para a confirmação diagnóstica. Destes, merecem especial destaque o ultra-som do abdome e a tomografia computadorizada. A prática demonstra e artigos científicos^{1,3} confirmam que tais exames não são úteis, pois mostram alterações apenas nas fases muito adiantadas da moléstia, quando podem evidenciar bloqueios, abscessos, líquido livre na cavidade peritoneal ou no fundo de saco pélvico. O ultra-som deve ser solicitado apenas para crianças ou adolescentes do sexo feminino para exclusão diagnóstica de afecções ovarianas ou prenhez ectópica rota.

Da mesma forma, radiografia simples do

abdome, enema opaco, leucograma² e exame do sedimento urinário são exames inúteis que apenas retardam o diagnóstico e a cirurgia curativa. Em conclusão, a despeito dos expressivos avanços dos maravilhosos métodos de imagem nos últimos anos, para o diagnóstico da apendicite aguda na criança, ainda vale o velho ensinamento dos nossos mestres de propedêutica: “a clínica é soberana”.

UENIS TANNURI

Referências

1. Stephen AE, Segev DL, Ryan DP, Mullins ME, Kim SH, Schnitzer JJ, et al. The diagnosis of acute appendicitis in a pediatric population: To CT or not to CT. *J Pediatr Surg* 2003; 38:367-71.
2. Fergusson JAE, Hitos K, Simpson E. Utility of white cell count and ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis. *ANZ J Surg* 2002; 72:781-92.
3. Albiston E. The role of radiological imaging in the diagnosis of acute appendicitis. *Can J Gastroenterol* 2002; 16:451-63.