

Dos resultados encontrados para TVP, os métodos ELISA e ELISA rápido quantitativo (ERQ) lideraram em relação à sensibilidade, com valores de 0,96 (95% intervalo de confiança [IC], 0,91 a 1,00) e razão de probabilidade negativa: 0,12 (IC, 0,04 a 0,33) para ELISA e sensibilidade 0,96 (IC, 0,90 a 1,00) e razão de probabilidade negativa de 0,09 (IC, 0,02 a 0,41) para ERQ.

Para TEP, a variabilidade dos métodos foi semelhante, também com melhores resultados para ELISA, com sensibilidade 0,95 (IC, 0,85 a 1,00) e razão de probabilidade negativa de 0,13 (IC, 0,03 a 0,58) e para ERQ com sensibilidade de 0,95 (IC, 0,83 a 1,00) e razão de probabilidade negativa de 0,13 (IC, 0,02 a 0,84). A razão de probabilidade positiva variou apenas entre 1,5 e 2,5 para tais métodos.

Para o ELISA semi-quantitativo, a sensibilidade foi de 0,89 (IC, 0,81 a 0,98) para TVP e 0,93 (IC, 0,79 a 1,00) para TEP; para o método Látex quantitativo a sensibilidade foi de 0,85 (IC, 0,74 a 0,95) para TVP e 0,89 (IC, 0,81 a 0,98) para TEP; para látex semi-quantitativo, a sensibilidade foi de 0,79 (0,69 a 0,88) para TVP e 0,80 (IC, 0,65 a 0,94) para TEP; o método whole-blood mostrou sensibilidade 0,87 (IC, 0,68 a 1,00) para TVP e 0,78 (IC, 0,64 a 0,92) para TEP.

As especificidades foram baixas em geral, evidenciando o papel principal de determinação do D-Dímero em excluir o diagnóstico de TEP e TVP.

Comentário

A utilidade clínica do D-Dímero é limitada pela baixa especificidade de um resultado positivo, estando sujeito à interferência de situações como inflamação, trauma e cirurgia.

Apesar da baixa especificidade, a relevância clínica do D-Dímero se consagra neste estudo por sua alta sensibilidade e baixa razão de probabilidade negativa, ou seja, seu poder de afastar a doença tromboembólica (TVP ou TEP) frente a um resultado negativo, desde que o método utilizado seja ELISA, ou ELISA rápido quantitativo, o que já realça a relevância de se saber qual método de análise de D-Dímero é realizado em cada serviço.

Os ensaios não-ELISA, quando combinados a uma baixa probabilidade clínica de TVP ou TEP, também proporcionam uma segurança razoável de se descartar esses

diagnósticos, reduzindo a necessidade de exames complementares. Porém, tais métodos (látex quantitativo e semi-quantitativo) não devem ser utilizados isoladamente, quando houver razoável probabilidade clínica de tais fenômenos, sendo nestes casos prudente prosseguir a investigação com outros métodos como ultrassonografia com Doppler para TVP e/ou angiogramografia pulmonar, arteriogramografia ou estudo inalação/perfusão cintilográfico para TEP.

Com todos estes dados deve-se sempre lembrar a importância da probabilidade clínica pré-teste, pois será nesta probabilidade que a razão de probabilidades terá influência. Supondo-se que a probabilidade clínica pré-teste de um diagnóstico de TVP seja muito alta, tal como de 0,80, com Odds Ratio de 4,00, e, ainda, considerando-se uma razão de probabilidades negativa de 0,09, como a encontrada no referido estudo, a probabilidade pós-teste seria de 0,28, ou seja, uma probabilidade muito alta para não se prosseguir no diagnóstico.

O uso de razões de probabilidades tem como principal função determinar a probabilidade pós-teste de um diagnóstico, baseado na probabilidade pré-teste.

Portanto, esse estudo vem estabelecer dois aspectos principais no diagnóstico do tromboembolismo venoso: a necessidade de se combinar a determinação do D-Dímero com a probabilidade clínica pré-teste antes de se prosseguir na investigação diagnóstica e a superioridade dos métodos ELISA e ELISA rápido quantitativo, ressaltando que em situações de altíssima prevalência de TVP (calculadas pela probabilidade pré-teste) nem mesmo eles podem ser utilizados como únicas ferramentas para exclusão diagnóstica.

JOSÉ EDUARDO AFONSO JUNIOR

CARLOS JARDIM

ROGÉRIO SOUZA

Referências

1. Monachini M. Qual o valor do Dímero D no diagnóstico do tromboembolismo pulmonar?. Rev Assoc Med Bras 2002; 48(3):189.
2. Stein PD, Hull RD, Patel KC, Olson RE, Ghall WA, Brant R, et al. D-Dimer for the exclusion of acute venous thrombosis and pulmonary embolism. Ann Intern Med 2004; 140(8):589-602.

Emergência e Medicina Intensiva

UM LONGO DEBATE: ALBUMINA VERSUS SORO FISIOLÓGICO

A escolha de fluidos para a ressuscitação do paciente criticamente enfermo permanece não esclarecida em relação à sobrevida.

Recentemente, Finfer S et al., 2004¹, realizaram uma pesquisa randomizada, duplo-cega, multicêntrica, comparando o efeito da ressuscitação fluidica com albumina a 4% versus soro fisiológico (Saline versus albumin evaluation – SAFE study), avaliando a evolução para óbito no 28.º dia após a randomização. Foram analisados 6.997 pacientes (3.497 receberam albumina e 3.500 receberam soro fisiológico). Não houve diferença significativa entre os pacientes que receberam albumina a 4% e os que receberam soro fisiológico (risco relativo de óbito no grupo da albumina 0.99, 95% de intervalo de confiança, 0.91 a 1.09; p= 0.87). As taxas de evolução secundária – tempo de sobrevida, disfunção de órgãos, duração da ventilação pulmonar mecânica, duração da terapêutica de reposição renal e os tempos de permanência na UCI e hospitalar foram também similares.

Comentário

Uma meta-análise, realizada em 1998², concluiu que os pacientes que eram tratados com albumina tinham um aumento do risco de óbito (6% a mais). Uma outra meta-análise realizada por Choi PT et al, 1999³, demonstrou que, nos pacientes com trauma, os que receberam cristalóide tinham uma mortalidade significativamente mais baixa do que aqueles que receberam colóides. Estas pesquisas geraram uma considerável discussão e controvérsia, até que Wilkes MM et al, 2001⁴, realizaram uma outra meta-análise com 55 pesquisas avaliando 3.504 pacientes, concluindo que não foi observado nenhum efeito na mortalidade com a utilização da albumina e que os achados confirmavam a segurança do uso da albumina. A pesquisa SAFE é precursora de uma nova era em cuidados intensivos, caracterizada por um estudo randomizado, com uma grande população de pacientes e foi popularizada pelos especialistas em cardiologia⁵. Em termos práticos, a pesquisa conclui que a administração de albumina é segura e

que os fatores que podem influenciar a escolha da ressuscitação fluidica para os pacientes criticamente enfermos incluem a preferência individual do clínico intensivista, tolerabilidade do tratamento, sua segurança e os custos, já que tanto a albumina quanto o soro fisiológico são clinicamente equivalentes para a ressuscitação do volume intravascular em uma população heterogênea de pacientes em UCI.

WERTHER BRUNOW DE CARVALHO

Referências

1. Finfer S, Bellomo R, Boyce N, French J, Myburgh J, Norton R, et al. A comparison of albumin and saline for fluid resuscitation in the intensive care unit. *N Engl J Med* 2004;350(2):2247-56.
2. Cochrane Injuries Group Albumin Reviewers. Human albumin administration in critically ill patients: systematic review of randomized controlled trials. *BMJ* 1998;317:235-40.
3. Choi PT, Yip G, Quinonez LG, Cook DJ. Crystalloids vs colloids in fluid resuscitation: a systematic review. *Crit Care Med* 1999;27(1):200-10.
4. Wilkes MM, Navickis RJ. Patient survival after human albumin administration. A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2001;135(1):149-64.
5. Cook D. Is albumin safe? *JAMA* 2004;350(22):2294-6.

Ginecologia

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PÓS-CÂNCER DE MAMA: HÁ COMO REDUZIR A MORBIDADE?

Clough et al.¹ relataram a experiência em 531 casos de reconstrução mamária com o emprego de tecidos autógenos (retalhos músculo-cutâneos) e de tecidos aloplásticos (expansores de tecido e implantes mamários de silicone gel)¹. Na avaliação prospectiva de longo prazo, os tecidos autógenos apresentaram melhor resultado estético, além de menores índices de reoperações e complicações, quando comparados aos tecidos aloplásticos.

Comentário

Na reconstrução da mama com o emprego de tecidos autógenos, é fundamental não apenas a qualidade estética da reconstrução, mas também a minimização da morbidade na

área doadora dos retalhos empregados. Quando comparados aos tecidos aloplásticos, os tecidos autógenos apresentam as vantagens de serem uma reconstrução definitiva, a qualidade superior da reparação e o custo menor. Porém, há as limitações inerentes à ressecção muscular e, portanto, à maior morbidade. Nos últimos anos, tem-se observado o aprimoramento das técnicas que visam a menor ressecção muscular e, por conseguinte, a menor incidência de alterações funcionais². Entre estas, merece destaque a aplicação da microcirurgia no processo de transferência do retalho. Apesar dos benefícios auferidos pela microcirurgia com a menor ressecção muscular ou mesmo a sua completa preservação, como ocorre no emprego dos retalhos perfurantes, estas técnicas ainda apresentam um certo grau de complexidade^{2,3}. Há a necessidade de treinamento prévio (experimental e clínico), bem como a utilização de instrumental específico e aparelhos ópticos de aumento. Em geral, por serem vasos de pequeno calibre, demanda paciência e aprimoramento técnico por parte do cirurgião. Detalhes anatômicos na distribuição dos vasos perfurantes na região do abdome⁴, bem como a qualidade dos vasos receptores para a realização das anastomoses na região torácica⁵, são também aspectos relevantes na opção por esta modalidade de reconstrução. Estes fatos constituem uma desvantagem em relação aos tradicionais retalhos pediculados, prejudicando assim a reprodutibilidade destes procedimentos.

Em pacientes submetidas a mastectomia, o objetivo maior da cirurgia reconstrutora é a reabilitação estética, retirando-se da paciente o estigma do câncer e da mutilação. O retorno à condição física pré-câncer é fundamental neste processo e a morbidade da retirada da musculatura não é desprezível. A microcirurgia e os retalhos perfurantes constituem mais uma opção para as mulheres mastectomizadas pela menor agressão à parede abdominal e pelo retorno mais precoce às atividades habituais pré-operatórias. A ponderação entre estas vantagens e os riscos inerentes à complexidade do procedimento deve ser aventada, colocando-se assim a melhor opção de tratamento e reabilitação.

ALEXANDRE MENDONÇA MUNHOZ
JOSÉ MENDES ALDRIGHI

Referências

1. Clough KB, O'Donoghue JM, Fitoussi AD, Nos C, Falcou M. Prospective evaluation of late cosmetic results following breast reconstruction: 1. Implant reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107(7):1702-9.
2. Grotting JC, Urist MM, Madox WA. Conventional TRAM flap versus free TRAM flap for immediate breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1989; 83(8):828-33.
3. Gill PS, Hunt JP, Guerra AB, Dellacroce FJ, Sullivan SK, Boraski J, et al. A 10-year retrospective review of 758 DIEP flaps for breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113(4):1153-60.
4. Munhoz AM, Ishida LH, Sturtz G, Cunha MS, Montag E, Saito FL, et al. Importance of the lateral row perforator vessels in deep inferior epigastric perforator flap harvesting. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113 (2):517-24.
5. Munhoz AM, Ishida LH, Montag E, Sturtz GP, Saito FL, Rodrigues L, et al. Perforator flap breast reconstruction using internal mammary perforator branches as a recipient site: an anatomical and clinical analysis. *Plast Reconstr Surg*. 2004; 114(1):62-8.

Medicina Baseada em Evidências

A ALBUMINA ESTÁ PERDENDO ESPAÇO

A ressuscitação volêmica é uma das mais comuns intervenções na terapia intensiva, especialmente nos estados de choque. No entanto, a literatura médica apresenta resultados conflitantes sobre o impacto do tipo de fluido utilizado quanto à eficácia, efeitos adversos e prognóstico do paciente.

Nesse assunto, nada é mais controverso do que a albumina como expansor plasmático. A metaanálise do Cochrane Injuries Group Albumin Reviewers¹ incluiu 24 estudos (n=1419) e mostrou aumento em 6% no risco absoluto de morte nos pacientes que receberam albumina comparado aos que receberam soluções cristalóides. Alguns anos depois, a metaanálise de Wilkes et al.² não demonstrou o mesmo resultado.

O estudo SAFE (Saline versus Albumin Fluid Evaluation), multicêntrico, randomizado e duplo-cego foi a resposta nos melhores