

Clínica Cirúrgica

DERIVAÇÃO BILIODIGESTIVA PARA PALIAÇÃO DA ICTERÍCIA CONSEQUENTE AO CÂNCER DO PÂNCREAS

Neste estudo, os autores tiveram como objetivo comparar a mortalidade e o uso de subsequente intervenção de drenagem (cirúrgica, endoscópica ou percutânea) em pacientes submetidos a dois tipos de derivação biliodigestiva.

A derivação biliodigestiva paliativa em icterícia obstrutiva causada por tumor de pâncreas pode ser feita entre uma alça jejunal e a vesícula biliar ou entre o jejuno e o colédoco. É sabido que a derivação com a vesícula biliar é mais fácil de ser realizada do que a derivação com o colédoco, principalmente quando realizada por via laparoscópica. Os autores conduziram um estudo com 1.919 pacientes com mais de 65 anos de idade submetidos a derivação biliodigestiva por câncer de pâncreas entre 1991 e 1996. Os resultados mostraram que os pacientes submetidos a derivação com a vesícula biliar (945 pacientes) tiveram de ser submetidos a novos procedimentos de drenagem em 26% dos casos, enquanto os com derivação com o colédoco (974 pacientes) necessitaram desses procedimentos em apenas 13,3% dos casos. A média de sobrevida nos pacientes com derivação com o colédoco foi de 6,3 meses e da derivação com a vesícula biliar foi de 4,4 meses ($p < 0,001$). A conclusão do estudo mostrou que a derivação com o colédoco deve ser preferida pois leva a um menor índice de reintervenções cirúrgicas ou endoscópicas para redrenagens da via biliar.

Comentário

Em nossa experiência pessoal também constatamos a superioridade das derivações biliodigestivas com o colédoco em relação à derivação com a vesícula biliar. Acreditamos que a derivação entre uma alça de jejuno e o colédoco deva ser a escolha preferencial, principalmente quando os serviços não tiverem o apoio de serviços especializados de endoscopia ou radiologia intervencionista, que facilitam as reintervenções nos casos de falha das derivações biliodigestivas com a vesícula biliar.

ELIAS J. ILIAS
PAULO KASSAB
OSVALDO A. P. CASTRO

Referência

Urbach DR, Bell CM, Swanstrom LL, Hansen PD. Cohort study of surgical bypass to the gallbladder or bile duct for the palliation of jaundice due to pancreatic cancer. *Ann Surg* 2003; 237(1); 86-93.

Emergência e Medicina Intensiva

UTILIZAÇÃO DE CORTICÓIDE NA HIPOTENSÃO REFRACTÁRIA DO RECÉM-NASCIDO

A utilização de corticóide em recém-nascidos (RN) e crianças com quadro de instabilidade hemodinâmica tem sido objeto de algumas pesquisas.

Fernandez et al. (2005), em estudo retrospectivo, analisaram a utilização de hidrocortisona (HC) (1 a 2 mg/kg/dia) em RN com quadro de hipotensão refratária à terapêutica com vasopressores¹. Previamente a administração de HC, foi medido o cortisol sérico dos RN a termo e próximo ao termo e os mesmos foram divididos em dois grupos com idades gestacionais semelhantes, sendo que no grupo 1 (n= 13) todos apresentavam cortisol sérico $< 15\mu\text{g/dl}$, e no grupo 2 (n= 8) cortisol sérico = $15\mu\text{g/dl}$.

A pressão arterial foi mensurada por cateter em artéria umbilical ou periférica. A droga utilizada nesta pesquisa foi a dopamina em concentrações que variaram de 5 a 30 $\mu\text{g/kg/min}$. A pressão arterial média (PAM) era similar nos dois grupos.

Durante as primeiras 24 horas após o início da HC, foi possível redução da dopamina com manutenção dos níveis pressóricos. Os RN com cortisol sérico $< 15\mu\text{g/dl}$ necessitaram de uma quantidade menor de infusão de volume após instituição da HC.

Os autores concluíram que há uma função adrenal inadequada nos RN, demonstrando a importância da avaliação da função adrenal e da utilização de corticóide em RN com hipotensão refratária a vasopressores.

Comentário

Estudos em RN de termo e pré-termo demonstraram a existência de graus variados de imaturidade no eixo HHA (hipotálamo-hipófise-adrenal), utilizando testes com estímulo hipotalâmico, diretamente com o emprego de corticotropina e dosagens de cortisol sérico^{2,3}.

Um dos critérios utilizados para o diagnóstico de insuficiência adrenal é a medida do cortisol sérico total. Entretanto, mais de 90% do cortisol circulante estão ligados à proteína, enquanto apenas o cortisol livre é fisiologicamente ativo. Alguns estudos utilizam como valores de corte para determinação de insuficiência adrenal relativa (IAR) uma dosagem sérica de cortisol abaixo de $15\mu\text{g/dl}$ ou $18\mu\text{g/dl}$ em qualquer momento, ou abaixo de $20\mu\text{g/dl}$ no pico^{3,4}.

Outro critério utilizado é a dosagem de cortisol após administração de corticotropina, verificando-se após 30 e 60 minutos que não há elevação acima de $9\mu\text{g/dl}$ nos valores do cortisol⁵.

Concluindo, neste momento devemos ser críticos quanto ao uso de corticoterapia no RN com hipotensão refratária.