

#### Referências

1. Colditz GA.; Hankinson SE; Hunter DJ, Willett WC, Manson JE, Stampfer MJ, et al. The use of estrogens and progestins and the risk of breast cancer in postmenopausal women. *N Engl J Med* 1995; 332:1589-93.
2. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52705 women without breast cancer and 108411 women with breast cancer. *Lancet* 1997; 350:1047-59.
3. Nanda K. Bastian LA, Schulz K. Hormone replacement therapy and the risk of death from breast cancer: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:325-34.
4. Bosman A, Kenemans P. Breast cancer and post-menopausal hormone therapy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2003; 17:123-37.
5. The million women study and breast cancer. [editorial]. *Maturitas* 2003, 46: 1-6.

#### Medicina Baseada em Evidências

### SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL NA RESSUCITAÇÃO SUPRA-NORMAL PÓS-TRAUMÁTICA

A síndrome compartimental abdominal (SCA) tem recebido maior atenção recentemente devido à sua grande associação com o desenvolvimento de disfunção de múltiplos órgãos e aumento significativo das taxas de mortalidade em pacientes traumatizados. Este distúrbio resulta da elevação aguda da pressão intra-abdominal comprometendo o sistema cardiovascular, respiratório, renal, esplâncnico e sistema nervoso central, necessitando de um rápido diagnóstico e, muitas vezes, intervenção cirúrgica. Recentemente, Balogh et al. demonstraram um aumento na incidência da SCA, disfunção orgânica e morte, em pacientes vítimas de trauma grave (ISS > 15), nos quais a ressuscitação volêmica foi instituída com o objetivo de atingir valores supra-normais de oferta de oxigênio ( $DO_2I$ ) nas primeiras 24 horas. Foram analisados retrospectivamente 156 pacientes, sendo estes divididos

em dois grupos conforme o índice de oferta de oxigênio aos tecidos: grupo A ( $DO_2I$   $3$  600 ml/min/m<sup>2</sup>, n=85) e grupo B ( $DO_2I$   $3$  500 ml/min/m<sup>2</sup>, n=71), obtido através da infusão de Ringer lactato, transfusão sanguínea e doses moderadas de inotrópicos. Os dados demográficos, a gravidade das lesões e do choque foram semelhantes em ambos os grupos. O grupo A recebeu um volume de solução cristalóide significativamente maior quando comparado ao grupo B (13±2 vs. 7±1 litros;  $p<0,05$ ) além de apresentar um gradiente gastro-arterial de  $CO_2$  ( $PCO_2$ -gap, medido por tonometria) maior (16±2 vs. 7±1 mmHg;  $p<0,05$ ). No grupo supranormal ( $DO_2I$   $3$  600 ml/min/m<sup>2</sup>), o desenvolvimento de hipertensão intra-abdominal assim como da síndrome compartimental abdominal foram mais frequentes (42 vs. 20% e 16% vs. 8%, respectivamente;  $p<0,05$ ). Surpreendentemente, a incidência de disfunção de múltiplos órgãos e a mortalidade também foram superiores no grupo ressuscitado de modo agressivo (22% vs. 9% e 27% vs. 11%, respectivamente;  $p<0,05$ ).

#### Comentário

*A expansão volêmica precoce tem demonstrado redução significativa da morbidade e mortalidade em pacientes com choque. Esta tem o objetivo de adequar a oferta de oxigênio aos tecidos, restabelecendo desta forma o metabolismo oxidativo e pode ser avaliada de forma indireta através de variáveis derivadas do metabolismo celular como saturação venosa central de oxigênio, déficit de base, lactato e  $PCO_2$ -gap. Embora não existam metas definidas para a ressuscitação volêmica, a utilização de valores pré-estabelecidos de oferta de oxigênio, como descrito neste estudo, não tem se mostrado apropriada. Portanto, mais importante que o aumento indiscriminado da oferta de oxigênio aos tecidos, com seus possíveis efeitos deletérios como edema pulmonar, hipertensão intra-abdominal e SCA, é a ressuscitação visando a normalização das variáveis derivadas do metabolismo celular.*

**ALEJANDRA DEL PILAR G. GARRIDO  
RUY JORGE CRUZ JUNIOR  
LUIZ FRANCISCO POLI DE FIGUEIREDO**

#### Referência

1. Balogh Z, McKinley BA, Cocanour CS, Kozar RA, Valdivia A, Sailors RM, et al. Supranormal trauma resuscitation causes more cases of abdominal compartment syndrome. *Arch Surg* 2003, 138:637-42.

#### Obstetrícia

### PERSPECTIVAS DA VERSÃO EXTERNA CEFÁLICA NO CENÁRIO OBSTÉTRICO ATUAL

A versão externa, um procedimento clássico da Obstetrícia, esteve na iminência de desaparecer, na década de 1960, em face às numerosas complicações fetais observadas na ocasião<sup>1</sup>. Entretanto, estabelecida a irreversível tendência de se indicar a operação cesariana para a parturição nas apresentações pélvicas (obviamente associada à maior morbidade materna, além de mais onerosa), em nível mundial, houve grande motivação, em diversos centros, para a retomada da aplicação da técnica da versão externa cefálica (VEC). Isso ocorreu de fato a partir da década de 1980, em estreito vínculo com o aprimoramento da tecnologia ultra-sonográfica. Sob o controle desse método os riscos desse procedimento tornaram-se decisivamente irrelevantes e, por isso, mais aceitáveis. Os índices de sucesso oscilam entre 35% e 86%, média de 58%<sup>2</sup>. Para a escolha das pacientes candidatas à VEC são mencionadas, como critério de elegibilidade, uma série de variáveis a serem consideradas, como: consentimento (vinculado ao desejo de parturir por via vaginal); idade gestacional; paridade; tipo de apresentação pélvica; presença de cicatriz uterina anterior; estimativa de peso fetal; presença de miomas ou outros tumores pélvicos; inserção placentária; estimativa do volume de líquido amniótico, análise prévia das condições de vitalidade fetal; análise da morfologia fetal<sup>2,3</sup>. Embora a maioria dos pesquisadores prefiram efetuar a VEC no termo da gestação, alguns recomendam uma idade gestacional mais precoce<sup>2</sup> (34 semanas) e encontram vantagens nessa propositura. Para a manipulação externa do feto preconiza-se a utilização de uterolíticos<sup>2</sup>, se houver falha na primeira tentativa sem esse recurso. Para um melhor conforto da paciente, podem ser ministrados

analgésicos e até anestésicos, por meio de bloqueio loco-regional (raquidiano ou epidural)<sup>1-4</sup>. O número de tentativas aconselhado é variável, oscilando de três a cinco<sup>2,3</sup>. A técnica empregada preferencialmente é denominada de "forward roll". Ocasionalmente, se esta falhar, a técnica "back flip" é a recomendada. Todo o procedimento deve ser efetuado sob controle contínuo das condições feto-anexiais por meio da ultra-sonografia e, no final, seja exitoso ou não, deve-se realizar a cardiocardiografia para se certificar da preservação da vitalidade fetal. A profilaxia da aloimunização também é mandatória. As complicações mencionadas são: sangramento vaginal, bradicardia persistente, descolamento prematuro da placenta, desacelerações variáveis. Elas são consideradas aceitáveis em virtude de serem raras e em face dos benefícios alcançados com a aplicação da VEC. Maiores taxas de sucesso são obtidas nas seguintes situações: multiparidade, apresentações pélvicas incompletas, placenta posterior e polidrâmnio<sup>1</sup>.

### Comentário

*Embora não haja um efetivo engajamento, nos meios acadêmicos da comunidade obstétrica nacional, para a obtenção de menores taxas de cesáreas, a técnica em apreço, na situação citada, pode exercer atrativos convincentes, pois, além da simplicidade, não depende de grandes recursos financeiros, mas apenas de equipamentos (ultra-sonógrafos, cardiocardiografos) disponíveis na maioria das instituições de ensino e de pesquisa. Considerando-se o comprovado aumento da morbidade da operação cesariana quando comparada com a do parto normal, a VEC deve ser estimulada, notadamente quando as perspectivas de sucesso são reais. Portanto, tendo em vista a redução dos índices de cesáreas na apresentação pélvica (9,5%)<sup>2</sup> observada com a aplicação dessa técnica, é plausível que se preconize a habilitação de profissionais no ensejo de concretizar tal procedimento.*

SEIZO MIYADAHIRA  
ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA  
MARCELO ZUGAIB

### Referências

1. Regalia AL, Curiel P, Natale N, Galluzzi A, Spinelli G, Gaia VL, et al. Routine use of external cephalic version in three hospitals. *Birth* 2000; 27:19-24.

2. Huttin EK, Kaufman K, Hodnett E, Amankwah K, Hewson AS, McKay D, et al. External cephalic version beginning at 34 weeks' gestation versus 37 weeks' gestation: a randomized multicenter trial. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:245-54.

3. Wax, JR; Sutula, K; Lerer, T; Steinfeld, JD and Ingardia, CJ. Labor and delivery following successful external cephalic version. *Am J Perinatol* 2000; 17:183-6.

4. Birnbach DJ, Matut J, Stein DJ, Campagnuolo J, Drimbarean C, Grunebaum A, et al. The effect of intratecal analgesia on the success of external cephalic version. *Anesth Analg* 2001; 93:410-3.

### Pediatria

## TRATAMENTO COM HORMÔNIO DE CRESCIMENTO (GH) E NEOPLASIA — COINCIDÊNCIA OU CONSEQÜÊNCIA?

A Sociedade Lawson Wilkins de Endocrinologia Pediátrica (LWPES) tem monitorado de perto e cuidadosamente os relatos de eventos adversos do GH (GH derivado do DNA recombinante), através do seu Comitê Drogas e Terapêuticas. Os relatos anteriores do aumento de leucemia em crianças, após terapia com GH, mostraram-se sem fundamento, quando os dados internacionais sobre crescimento foram cuidadosamente avaliados. Existem evidências indicando que o tratamento com GH não aumenta a recorrência de tumor nos casos em que a lesão primária foi tratada com sucesso. A LWPES tem adotado, como uma política prudente, aguardar um ano após o término do tratamento do tumor, para só depois deste tempo iniciar o GH. Pessoas tratadas por neoplasia são consideradas de risco para uma segunda neoplasia, daí recomendarem-se exames periódicos especialmente em certas síndromes genéticas (Down, Bloom, Fanconi, neurofibromatose). Swerdlow em 2002 publicou no *Lancet* dados sobre a incidência de câncer colo-retal e Hodgkin, em adultos do Reino Unido que na infância haviam

sido tratados com GH obtido de hipófise humana, mostrando um risco três vezes maior do que a população geral, para o câncer colo-retal e 11 vezes para o Hodgkin. Levantamento feito para 86.000 pacientes tratados com GH relata apenas um caso de carcinoma intestinal em uma garota de 15 anos tratada com quimio e radioterapia por astrocitoma cerebral, e um caso de câncer de colo em síndrome de Turner. Com estas considerações a LWPES acredita que:

1. As recomendações feitas para o tratamento com GH recombinante, em crianças com deficiência de GH, são seguras e sem riscos comprovados de aparecimento de neoplasias.
2. A possível associação entre incidência de câncer, mortalidade e tratamento com GH precisa ser considerada apenas se grande número de casos forem estudados.
3. A vigilância e monitorização (IGF-1, IGFBP-3) a longo prazo deve ser encorajada e incentivada.

### Comentário

*Neste editorial, a LWPES posiciona-se de maneira evidente quanto à associação: uso de GH e neoplasia. Estas três considerações finais deixam clara a opinião desta Sociedade baseada em levantamento que envolveu um número muito grande de crianças e adolescentes. Contudo, fica sempre o estado de alerta para situações especiais de crianças que apresentaram algum tipo de neoplasia. A sugestão de aguardar pelo menos um ano antes do uso de GH deve ser considerada, pois poderia ser o tempo de reaparecimento do mesmo tumor ou até do surgimento de uma segunda neoplasia.*

NUVARTE SETIAN

### Referências

1. Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society Writting Committee. Special Editorial: growth hormone treatment and neoplasia—coincidence or consequence? *J Clin Endocrinol Metab* 2002; 87:535 1-2.

2. Swerdlow AJ, Higgins CD, Adlard P, Preece MA. Risk of cancer in patients treated with human pituitary growth hormone in the UK, 1959-85: a cohort study. *Lancet* 2002; 360:273-7.