

diversas formas de apresentação da doença, nos pacientes com câncer de pulmão, não pequenas células, estágio I.

WANDERLEY MARQUES BERNARDO
FABIO BISCEGLI JATENE
MOACYR R. C. NOBRE

Referências

1. Ginsberg R, Rubinstein L. Randomized trial of lobectomy versus limited resection for T1 N0 non-small cell lung cancer. Lung Cancer Study Group. Ann Thorac Surg 1995;60:615-22;discussion 622-3.
2. Lederle F. Lobectomy versus limited resection in T1 N0 lung cancer. Ann Thorac Surg 1996;62:1249-50.
3. Kodama K, Doi O, Higashiyama M, Yokouchi H. Intentional limited resection for selected patients with T1 N0 M0 non-small-cell lung cancer: a single-institution study. J Thorac Cardiovasc Surg 1997;114:347-53.
4. Koike T, Yamato Y, Yoshiya K, Shimoyama T, Suzuki R. Intentional limited pulmonary resection for peripheral T1 N0 M0 small-sized lung cancer. J Thorac Cardiovasc Surg 2003;125:924-28.
5. Tsubota N, Ayabe K, Doi O, Mori T, Namikawa S, Taki T, et al. Ongoing prospective study of segmentectomy for small lung tumors. Study Group of Extended Segmentectomy for Small Lung Tumor. Ann Thorac Surg 1998;66:1787-90.
6. Manser R, Wright G, Hart D, Byrnes G, Campbell DA. Surgery for early stage non-small cell lung cancer (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2; 2004. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.
7. Nakamura H, Kawasaki N, Taguchi M, Kabasawa K. Survival following lobectomy vs limited resection for stage I lung cancer: a meta-analysis. Br J Cancer 2005;92: 1033-7.
8. Hoffmann T, Ransdell H. Comparison of lobectomy and wedge resection for carcinoma of the lung. J Thorac Cardiovasc Surg 1980;79:211-7.
9. Harpole D, Herndon J, Young W, Wolfe W, Sabiston D. Stage I nonsmall cell lung cancer. A multivariate analysis of treatment methods and patterns of recurrence. Cancer 1995;76:787-96.
10. Read R, Yoder G, Schaefer R. Survival after conservative resection for T1 N0 M0 non-small cell lung cancer. Ann Thorac Surg 1990;49:391-8; discussion 399-400.
11. Okada M, Yoshikawa K, Hata T, Tsubota N. Is segmentectomy with lymph node assessment an alternative to lobectomy for non-small cell lung cancer of 2 cm or smaller? Ann Thorac Surg 2001;71:956-60, discussion 961.
12. Nakamura H, Saji H, Ogata A, Saijo T, Okada S, Kato H. Lung cancer patients showing pure ground-glass opacity on computed tomography are good candidates for wedge resection. Lung Cancer 2004;44:61-8.
13. Altman DG. Better reporting of randomised controlled trials: the CONSORT statement. BMJ 1996;313:570-1.

Ginecologia

GORDURA ABDOMINAL VISCERAL APÓS A MENOPAUSA: NOVO TRATAMENTO?

Queixa muito comum nos consultórios de ginecologistas refere-se ao aumento da gordura abdominal em mulheres após a menopausa. Inúmeras têm sido as intervenções propostas, variando desde dieta, prática regular de exercícios e uso de fármacos, incluindo anorexígenos e a metformina, com resultados nem sempre satisfatórios.

Nova alternativa foi proposta em recente artigo publicado no J Clin Endocrinol Metab (março, 2005), em que Franco et al.¹ analisaram o impacto de um ano de tratamento com hormônio de crescimento (GH), em doses progressivas de 0,13 mg/dia nas duas primeiras semanas, com aumento para 0,4 até a quarta semana, 0,53 na quinta e 0,67mg/dia a partir da sexta semana até completar um ano. Foram incluídas 40 mulheres, após a

menopausa; e, em estudo randomizado, duplo cego e placebo controlado, objetivou-se primariamente avaliar os efeitos do GH sobre a resistência insulínica. Concluíram que o fármaco, além de melhorar a resistência insulínica, propicia redução da gordura abdominal visceral, da LDL - colesterol e do conteúdo hepático de gordura.

Como se sabe, a gordura abdominal está associada com moderada secreção de GH e a um grupo de fatores de risco para doença cardiovascular, destacando o diabetes tipo 2, a dislipidemia, resistência insulínica e os estados pró-trombóticos, que caracterizam a síndrome metabólica. Ademais, as mulheres após a menopausa com distribuição de gordura andróide manifestam quadro psicológico de perda da auto-estima.

Os mecanismos fisiopatológicos que justificam o acúmulo de gordura visceral ainda não são conhecidos, mas múltiplas alterações endócrinas podem estar incluídas, tais como perturbações no funcionamento dos eixos hipotálamo-adrenal, gonadal e somatotrófico²; por outro lado, estudos *in vitro* observaram que o metabolismo do tecido adiposo após a menopausa, nas regiões glútea e abdominal subcutânea, exibem menor atividade lipolítica e maior atividade da lipase lipoprotéica³.

Estudo realizado⁴ em homens obesos sob tratamento com GH revelou redução do tecido adiposo abdominal e efeitos benéficos sobre o perfil metabólico. Até então, só existia um estudo⁵ em mulheres obesas após a menopausa que comparou dois grupos: um combinando dieta, atividade física e uso de GH durante 12 semanas e outro associando exclusivamente dieta e exercícios; os resultados foram similares nos dois grupos.

O artigo de Franco et al. teve o ineditismo de ser o primeiro de longa duração que tivesse avaliado o impacto do tratamento da obesidade abdominal com GH em mulheres após a menopausa e que descortinou importantes resultados para a clínica do dia-a-dia, como o tratar mulheres após a menopausa com gordura visceral indicando o GH, propiciando efeitos muito mais benéficos do que as intervenções até agora postuladas, como redução na ingestão calórica ou qualquer outro tipo de mudança no estilo de vida. A limitação do tratamento proposto, no nosso entender, é o custo.

LUIS FLAVIO CORDEIRO FERNANDES
ANA PAULA SANTOS ALDRIGHI
JOSÉ MENDES ALDRIGHI

Referências

1. Franco C, Brandberg J, Lönn L, Andersson B, Bengtsson BA, Johannsson G. Growth Hormone treatment reduces abdominal visceral fat in postmenopausal women with abdominal obesity: a 12-month placebo-controlled trial. J Clin Endocrinol Metab 2005; 90:1466-74.
2. Bjorntorp P. Visceral Obesity: a "civilization syndrome". Obes Res 1993;1:206-22.
3. Ferrara CM, Lynch NA, Nicklas BJ, Ryan AS, Berman DM. Differences in adipose tissue metabolism between postmenopausal and perimenopausal women. J Clin Endocrinol Metab 2002;80:936-41
4. Johannsson G, Marin P, Lönn L, Ottosson M, Stenlof K, Bjorntorp P, et al. Growth hormone treatment of abdominally obese men reduces abdominal fat mass, improves glucose and lipoprotein metabolism, and reduces diastolic blood pressure. J Clin Endocrinol Metab 1997;82:727-34.
5. Taaffe DR, Thompson JL, Butterfield GE, Hoffman AR, Marcus R. Recombinant human growth hormone, but not insulin-like growth factor-I, enhances central fat loss in postmenopausal women undergoing a diet and exercise program. Horm Metab Res 2001; 33:156-62.