

- Blake GJ, Ridker PM. Novel clinical markers of vascular wall inflammation. *Circ Res* 2001, 89:763-71.
- Ridker PM, Hennekens CH, Buring JE, Rifai N. C-reactive protein and other markers of inflammation in the prediction of cardiovascular disease in women. *N Engl J Med* 2000, 342:836-43.
- Ridker PM, Rifai N, Clearfield M, Downs JR, Weis SE, Miles JS, et al. Measurement of C-reactive protein for the targeting of statin therapy in the primary prevention of acute coronary events. *N Engl J Med* 2001, 344:1959-65.

Ginecologia

NOVO CONSENSO PARA A SÍNDROME DOS OVÁRIOS POLICÍSTICOS

Os critérios diagnósticos da síndrome dos ovários policísticos (SOP) foram recentemente revisados pelo *The Rotterdam ESHRE/ASRM – sponsored PCOS consensus workshop group, 2004*; os postulados em 1999 requeriam dois fatores diagnósticos e os atuais requerem dois de três fatores.

Comentário

Critérios em 1999 (1 e 2)

- Anovulação crônica
- Sinais clínicos e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo, excluindo-se outras etiologias. Critérios revisados em 2004 (2 de 3)

- Oligomenorréia e/ou anovulação
- Sinais clínicos e/ou bioquímicos de hiperandrogenismo, excluindo outras etiologias de hiperandrogenismo como hiperplasia congênita adrenal, tumores secretores de androgênios e síndrome de Cushing
- Ovários policísticos caracterizados pelo exame ultra-sonográfico padronizado, ou seja, presença de pelo menos um dos seguintes achados: 12 ou mais folículos medindo entre 2-9 mm de diâmetro ou volume ovariano aumentado ($>10 \text{ cm}^3$). Caso se constate a presença de um folículo dominante ($>10 \text{ mm}$) ou de corpo lúteo, o ultra-som (US) deverá ser repetido no próximo ciclo.

Outros detalhes diagnósticos estão publicados neste consenso.

Rastreamento de distúrbios metabólicos

- Nenhum teste de resistência insulínica é necessário para o diagnóstico de SOP, nem para o tratamento a ser instituído.
- Mulheres obesas com SOP devem ser rastreadas para a síndrome metabólica, incluindo avaliação da intolerância à glicose por meio da realização do teste de tolerância oral à glicose (GTT).
- Outros estudos são necessários em mulheres não obesas com SOP para se determinar a real utilidade destes testes; no entanto, devem ser sempre solicitados caso estejam presentes fatores de risco adicionais para resistência insulínica, como história familiar de diabetes.

Critérios para a identificação da síndrome metabólica em mulheres com SOMP:

A constatação de pelo menos três de cinco fatores de risco qualifica a presença da síndrome metabólica:

	Valor de corte
1. Obesidade abdominal (medida da circunferência da cintura)	$>88 \text{ cm}$
2. Triglicérides	$\geq 150 \text{ mg/dl}$
3. HDL-Colesterol	$<50 \text{ mg/dl}$
4. Pressão sanguínea	$\geq 130/\geq 85 \text{ mmHg}$
5. Glicemia de jejum e duas horas após o GTT	$100-126 \text{ mg/dl}$ (jejum) e/ou $140-199 \text{ mg/dl}$ (2 h após GTT)

A identificação da resistência insulínica (RI) não é necessária para firmar o diagnóstico de SOP; entretanto, ainda há controvérsias sobre necessidade de se pesquisar rotineiramente RI em todas as portadoras da síndrome (obesas e não obesas). Devido a essas controvérsias (principalmente a de se identificar a resistência insulínica nas pacientes não obesas com SOP), indicamos em nosso serviço a avaliação rotineira da glicemia e da insulina de jejum em todas as portadoras com SOP, bem como preconizamos o cálculo do Quicki (Quantitative insulin-sensitivity check index).

O clínico deve estar atento para esta complexa síndrome, que desde sua descrição inicial em 1935 tem sido alvo de diversos consensos; neste último ressurgiu a valorização dos aspectos morfológicos dos ovários e manteve-se a importância dos aspectos metabólicos. A relação $\text{LH/FSH} >2$, considerada

por muitos como patognomônica deste tipo de anovulação, não foi incluída neste consenso pois não está presente em todos os casos.

RUI ALBERTO FERRIANI

Referências

- Balen AH, Laven JSE, Dewailly D. Ultrasound assessment of the polycystic ovary: international consensus definition. *Hum Reprod* 2003; 9(6):505-14.
- The Rotterdam ESHRE/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod* 2004; 19(1):41-7.

Obstetria

DIRETRIZES PARA O CÂNCER DE MAMA GESTACIONAL

A tendência atual em se retardar a gravidez para a terceira ou quarta décadas de vida, associada a maior risco de câncer de mama em pacientes jovens e maior sobrevivência dessas pacientes, contribuem para maior incidência de câncer de mama gestacional (CMG). Considerando seu diagnóstico durante gravidez e até 12 meses após o parto, a incidência varia entre 0,7% e 3,9%, estabelecendo frequência de um caso para 3.000 ou 10.000 partos.

Diante das alterações fisiológicas gestacionais, a vascularização aumentada, a hiperplasticidade, o edema, a secreção láctea, intensificam a densidade do parênquima, dificultam o exame físico, reduzem o contraste do tecido adiposo e prejudicam a interpretação da mamografia e ultra-sonografia.

A tolerância imunológica gestacional, constatada pela ausência de antígenos específicos (MHC-I), presença de moléculas HLA e redução dos anticorpos bloqueadores, restringe a imuno-reatividade.

O maior percentual de casos com linfonodos positivos, os receptores de estrogênio (ER) ou progesterona (PR) negativos, C-erbB-2 e p53 mais elevados e os índices elevados de mutação *BRCA*, comparando-se com o câncer de mama esporádico, depreendem agressividade tumoral.

Entretanto, analisando-se o mesmo estágio clínico e seus fatores de prognóstico, a sobrevida das pacientes com CMG parece semelhante, quando comparado com os casos não associados à gravidez.

Parece que o retardo no diagnóstico, a doença avançada, o padrão anatomopatológico e o perfil imuno-histoquímico agressivos, próprios dessa faixa etária, refletem em pior prognóstico circunstancial do CMG.

O tratamento obedece aos mesmos princípios da não-grávida. A radicalidade máxima deve obter o controle loco-regional e sistêmico da doença, objetivando-se o menor prejuízo estético possível e reduzida morbimortalidade materno-fetal, imediata ou tardia.

Comentário

Consideramos essencial a integração e sinergia entre obstetras, neonatologistas, oncologistas, mastologistas, integrando múltiplas instituições, intensificando as discussões sobre o tema, amplificando os recursos disponíveis para atenção integral à gestante com antecedente de câncer de mama ou com o diagnóstico de câncer gestacional.

Aperfeiçoando as atividades assistenciais com ensino e pesquisa, amplificaremos os convencimentos relacionados aos fatores imunológicos e imuno-histoquímicos para maximizar o prognóstico materno e fetal, das gestantes com câncer de mama.

WALDEMIR REZENDE

MARCELO ZUGAIB

Referências

1. Johannsson O, Loman N, Borg A, Olsson. Pregnancy-associated breast cancer in BRCA1 and BRCA2 germline mutation carriers Lancet 1998; 352:1359-60.
2. Smith LH. Obstetrical deliveries associated with maternal malignancy in California, 1992 through 1997 [Transactions of the Sixty-Seventh Annual Meeting of the Pacific Coast Obstetrical and Gynecological Society]. Am J Obstet Gynecol 2001; 184:1504-13.
3. Woo JC, Yu T, Hurd TC. Breast cancer in pregnancy: literature review. Arch Surg 2003; 138(1):91-8. Medicina Baseada em Evidências.

Medicina Baseada em Evidências

USO DO CINTO DE SEGURANÇA DURANTE A GRAVIDEZ*

A mulher grávida quando motorista ou passageira de um veículo automotor deve:

- Usar sempre o cinto de segurança "tipo três pontos"⁵ (A).
- A parte pélvica do cinto de três pontos (faixa subabdominal) deve ser colocada abaixo da protuberância abdominal, ao longo dos quadris e na parte superior das coxas⁶ (D).
- A faixa diagonal deve cruzar o meio do ombro, passando entre as mamas e lateralmente ao abdome, nunca sobre o útero⁶ (D).
- Nunca colocar a faixa superior do cinto por trás do tórax nem tampouco colocá-la sob o braço ou na axila⁷ (D). Jamais sentar-se sobre a faixa inferior/pélvica (subabdominal) para utilizar unicamente a faixa superior/torácica (diagonal)⁵ (A).



- Em veículos dotados de *air bag* utilizar apropriadamente o cinto de segurança e afastar o banco o máximo possível para trás, até o limite que permita o perfeito contato com o volante e com os pedais quando na direção do veículo⁸ (D).
- Os médicos perito examinadores, especialistas em Medicina de Tráfego, ao avaliarem uma gestante candidata à condução ou já condutora de veículo automotor, e mesmo na condição de ocupante não condutora do veículo, deverão alertá-la sobre os riscos de lesões traumáticas inerentes ao deslocamento dos veículos e orientá-la sobre a maneira de proteger a si própria e ao conceito que abriga em seu útero⁹ (B).

Comentário

As lesões causadas pelos acidentes de tráfego são as principais causas de mortes por traumatismo e a décima causa de todas as mortes em todo o mundo. Muitas destas lesões e mortes podem ser prevenidas por dispositivos de segurança, entre os quais, o cinto de segurança ocupa lugar de destaque. Seu uso reduz a mortalidade e a gravidade das lesões provocadas em ocupantes de veículos automotores envolvidos em acidentes.

O uso do cinto de segurança é recomendado para gestantes, mas muitas mulheres grávidas ignoram a forma correta de utilizá-lo, o seu posicionamento e as exigências legais, colocando a si próprias e ao feto em risco. Muitas gestantes pensam que usar o cinto de segurança é perigoso e que pode ser prejudicial para o feto, porém, na realidade, o seu uso confere proteção na imensa maioria das ocasiões.

* Os graus de recomendação (A), (B) e (D) podem ser acessados no site http://www.amb.org.br/inst_projeto_diretrizes.php3 – texto introdutório.

FLÁVIO EMIR ADURA

JOSÉ HEVERARDO DA COSTA MONTAL

ALBERTO FRANCISCO SABBAG

Referências

1. Robertson LS. Estimates of motor vehicle seat belt effectiveness and use: implications for occupant crash protection. Am J Public Health 1976; 66:859-64.
2. Pearlman MD, Viano D. Automobile crash simulation with the first pregnant crash test dummy. Am J Obstet Gynecol 1996; 175:977-81.
3. Crosby WM, Snyder RG, Snow CC, Hanson PG. Impact injuries in pregnancy. I. Experimental studies. Am J Obst Gynecol 1968; 101:100-10.
4. The National Crash Analysis Center, The George Washington University Medical Center. National Conference on Medical Indications for Air Bag Disconnection, Washington, DC; 1997.
5. Hyde LK, Cook LJ, Lenora M, Olson MA, Weiss HB, Dean JM. Effect of motor vehicle crashes on adverse fetal outcomes. Obstet Gynecol 2003; 102:279-86.