

Clinica Cirúrgica

PODE A HÉRNIA INGUINAL TRANSFORMAR-SE EM UM DILEMA?

De modo geral, o tratamento da hérnia inguinal não desperta muitas dúvidas. É cirúrgico. Pode-se perguntar quais as técnicas mais adequadas, quando indicá-las ou como realizá-las, mas a discussão é restrita. Há casos, porém, que fogem desta norma. Imaginemos um homem de 86 anos de idade, diabético em uso de medicamentos, fumante inveterado e tossidor crônico, com dificuldades à micção, que tem uma hérnia inguinal e relata sucessivas crises de encarceramento. O que fazer?

Imaginemos que este paciente dê entrada no serviço de emergência durante um episódio de encarceramento e que você consiga reduzir a hérnia, ainda que com certa dificuldade. Imaginemos, ainda, que ao exame clínico ele apresente sinais e sintomas evidentes de doença pulmonar crônica obstrutiva e o toque retal evidencie próstata aumentada de consistência elástica. Como conduzir seu tratamento daqui por diante?

Uma conduta que poderia ser proposta seria o uso de funda de sustentação. Obviamente não pode ser recomendada. A alternativa mais adequada é mantê-lo internado e tratá-lo cirurgicamente, uma vez realizada uma avaliação mais abrangente e feito um planejamento global para diagnosticar e corrigir os distúrbios associados. Assim, cabem alguns exames laboratoriais (hemograma, creatinina, glicemia, gasometria e

PSA, por exemplo) além de uma radiografia de tórax, um eletrocardiograma e uma avaliação ultra-sonográfica das vias urinárias, da bexiga e da próstata. O problema pulmonar pode ser controlado, ainda que dentro de limites, por fisioterapia respiratória, drogas broncodilatadoras e, eventualmente, antibioticoterapia. A dificuldade miccional pode ser solucionada, em caráter temporário, através de fármacos que promovam a redução da próstata ou que facilitem a micção. Durante a intervenção para a correção da hérnia, deve ser planejado o uso de sonda vesical a ser removida tão logo o doente consiga deambular. Mesmo assim, cabe introduzir antibioticoterapia. A ressecção endoscópica de próstata pode ser planejada tanto durante o procedimento de correção da hérnia como em uma segunda etapa.

A prudência nos leva a deixar o procedimento de desobstrução urinária para um segundo tempo, caso as condições clínicas do doente a contra-indiquem. É claro que o diabetes deve ser controlado por meio de dieta e fármacos apropriados durante todo o período de internação. Na fase per-operatória é necessária a verificação freqüente da glicemia e o controle de hiperglicemia através do uso de insulina rápida. Quanto à anestesia, haveria três alternativas: a local, o bloqueio e a geral. Provavelmente a mais recomendada é o bloqueio que implica em menor volume de droga e em menor agressão ao doente, particularmente quando ele apresenta, como é o caso, graves limitações respiratórias. Deve ser lembrada a conveniência de prevenir a trombose venosa profunda dos membros inferiores através de medidas mecânicas e farmacológicas e pela deambulação precoce. Daí, decide-se quando e como operar.

Evidentemente, a técnica e a tática dependerão da experiência do cirurgião e dos achados operatórios. Este exemplo evidencia os dilemas que o cirurgião pode enfrentar no tratamento de uma afecção extremamente comum, mas de complexidade incomum.

FARES RAHAL
DÁRIO BIROLINI

Ginecologia

CALCIFICAÇÕES MAMÁRIAS: QUANDO BIOPSIAR?

As calcificações mamárias são depósitos de cálcio que se mobilizam do sangue para os tecidos, aí sofrendo alterações do pH, fixam-se sob a forma de sais de cálcio. Há dois tipos de calcificações: as compostas de oxalato de cálcio dihidrato – são calcificações ácidas, birrefringentes, de forma poliédricas que ocorrem em 10 a 15 % dos casos e em 90% das vezes relacionam-se à condições benignas. O outro tipo de calcificação decorre da deposição de fosfato de cálcio em tecido necrosado ou produtos de secreção e contribui com mais de 70% dos achados mamográficos¹.

As calcificações são classificadas segundo os tipos e sua distribuição: tipos de calcificações – benignas, intermediárias e provavelmente malignas; Distribuição: agrupadas, lineares, segmentares e regionais difusas².

Tipos de calcificações

1- Benignas

Entre as calcificações tipicamente benignas listam-se as calcificações da pele da mama

com centros radiotransparentes; calcificações vasculares, com aspecto de paralelas ou tubulares e lineares; grosseiras (Tipo "pipocas"), clássicas no fibroadenomas involuídos; bastonetes, freqüentes na mastites plasmocitária e ectasia ductal; redondas, centro translúcidas (necrose gordurosa, ductos calcificados e fibroadenomas); casca-de-ovo, encontradas na necrose gordurosa e paredes de cistos; leite-de cálcio, freqüentes em cistos; calcificações distróficas, comum em mamas irradiadas ou pós-trauma; calcificações de suturas, após radioterapia – lineares ou tubulares; e puntiformes, redondas ou ovais, menores que 0,5mm².

2- Intermediárias

São calcificações amorfas, geralmente redondas ou em flocos, suficientemente pequenas ou duvidosas para que sua morfologia específica seja determinada².

3- Provavelmente malignas

Destacam-se dois tipos; as pleomórficas ou heterogêneas, que apresentam tamanho e forma irregulares, e são menores de 0,5cm. As ramificadas são lineares, finas e irregulares, descontínuas e menores de 0,5 mm em sua extensão².

Distribuição

As calcificações podem ser agrupadas, múltiplas podendo ocupar uma área inferior a 2 cm², lineares, dispostas de forma linear, segmentares, sugere depósitos intraductais e quando ramificadas sugere câncer multifocal, principalmente se a morfologia for intermediária ou suspeita; regionais, dispersas em grande área e não respeita os trajeto ductais – geralmente benignas; e difusas, distribuídas aleatoriamente – benignas².

Quando biopsiar?

As categorias mamográficas propostas pelo ACR (American College of Radiology) e BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) devem ser os critérios para a conduta. São cinco as categorias propostas: categoria 1, negativa (0%); categoria 2, achados benignos (0%); categoria 3, achados provavelmente benignos (<2% de câncer); categoria 4, achados suspeitos – considerar biópsia – (2 a 90% positividade) e categoria 5, altamente sugestivo de malignidade (>90%)²⁻³.

Na categoria 4, as lesões não têm características de câncer; entretanto, não se pode classificar como provavelmente benignas (discutir com a paciente a possibilidade de biopsiar).

As lesões classificadas na categoria 5, altamente sugestivas de malignidade, biopsiar sempre (>90% de positividade para câncer de mama)²⁻³.

Ao considerar como critérios de investigação - apenas o tipo e distribuição das calcificações - é prudente indicar a biópsia para as calcificações provavelmente malignas do tipo pleomórficas ou heterogêneas e ramificadas e as de distribuição agrupadas e segmentares²⁻³.

As biópsias devem ser feitas com o uso de agulha grossa (core-biopsia) ou mamotomia, ambas guiadas pela mamografia. As microcalcificações devem sempre ser localizadas no pré-operatório, por meio de fios guias metálicos, que podem ser aplicados sob orientação ultra-sonográfica ou radiológica, valendo-se de estereotaxia ou de aplicação com base na orientação espacial³.

ISRAEL NUNES ALECRIN
CELSONO KAZUTO TANIGUCHI
ROBERTO CALVOSO JR.
FRANCESCO VISCOMI
JOSÉ MENDES ALDRIGHI

Referências

1. Adelaida Fandos-Morera, Miguel Frats-Esteve, Josep M. Tura Soteras, et al. Breast Turnors: Composition of Microcalcifications. *Radiology* 1988: 325-327.
2. The American College of Radiology Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) – 3rd ed. Reston, VA: American College of Radiology.
3. Alfredo Carlos S. D. Barros, Carlos Alberto Ruiz, Celso Kazuto Taniguchi. Aspectos Práticos da Biópsia de Lesões Mamárias Não Palpáveis Orientada Por Fio Guia. *Ver Bras. Mastol* 1996; 6: 29-132.

Clinica Médica

POR QUE MEU PACIENTE ASMÁTICO NÃO CONSEGUE FICAR ESTÁVEL APESAR DA MEDICAÇÃO APARENTEMENTE ADEQUADA?

A asma é atualmente reconhecida como uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, o que mudou o enfoque do seu tratamento nos últimos tempos. Não basta simplesmente tratar as crises, mas sim procurar utilizar medicamentos e manobras preventivas que possam evitar o aparecimento das crises. O advento das formulações de corticosteróides (CE) para uso inalatório, na forma de spray, pó ou solução inalatória, tornou este medicamento a base do tratamento de manutenção para o asmático. As orientações educacionais sobre o

manejo da asma são, também, parte fundamental do tratamento. Orientar quanto às manifestações de gravidade da doença (presença de crises noturnas, uso de doses crescentes de broncodilatadores, aumento dos sintomas, medida do pico de fluxo expiratório menor que a habitual, apesar do aumento das doses dos medicamentos), e a diferença entre os medicamentos preventivos e os de alívio (broncodilatadores) e orientações em relação ao controle ambiental são partes integrantes da consulta médica.

O paciente vem utilizando CE inalatório (entre 800 a 2000 mcg/ dia), β_2 agonista inalatório de longa duração, em associação ou não à teofilina de longa duração, e mesmo assim vem necessitando de broncodilatadores para alívio e de ciclos freqüentes de CE sistêmico. Um dos motivos para a dificuldade de estabilização pode ser a dificuldade do paciente para o uso correto dos medicamentos. Periodicamente, nas consultas, a técnica do uso dos inalatórios deve ser revista e corrigida para otimização do aproveitamento dos medicamentos.

Outro motivo que deve ser lembrado é a exposição perene à substâncias às quais o paciente pode ser sensível, por isso a importância da orientação do controle ambiental, enfatizando a necessidade de manter principalmente o quarto sem objetos que acumulem pó/ácaros (como carpetes, bichos de pelúcia, estante com livros), trocar a roupa de cama com freqüência e lavá-la de preferência com água quente, evitar umidade, manter animais fora do quarto, ter capas impermeáveis para colchão e travesseiro e permanecer afastado do cigarro e de pessoas fumando.

É importante também lembrar da possibilidade da presença concomitante de reflu-

xo gastro-esofágico e sinusite, condições que estão relacionadas com a dificuldade do controle da asma e que, muitas vezes, podem passar despercebidas ou oligossintomáticas, devendo ser investigadas nesta situação, bem como do uso de medicamentos que podem desencadear crises, como β -bloqueadores e ácido acetil-salicílico.

Deste modo, o tratamento do paciente asmático com sintomas persistentes requer não apenas o ajuste da medicação, mas também uma avaliação quanto aos fatores que podem estar contribuindo para a permanência dos sintomas, que muitas vezes não são facilmente identificados, requerendo um acompanhamento muito próximo e participação constante do paciente no seu tratamento.

RICARDO BORGES MAGALDI

Bioética

O MÉDICO PODE SE RECUSAR A DAR ALTA SOLICITADA POR SEU PACIENTE?

Negar alta a um paciente que deseja interromper seu tratamento significa continuar a tratá-lo sem o seu consentimento. O artigo 46 do Código de Ética Médica prevê a proibição ao médico de tratar um paciente sem que, suficientemente esclarecido de sua situação, concorde com o procedimento médico a ser efetuado; existe uma exceção, a dos pacientes em "imminente risco da vida".

Porém, é perfeitamente compreensível utilizar este adendo para pessoas que se

encontram inconscientes ou incapazes e que porventura não tenham ninguém que possa autorizar, por eles, qualquer procedimento médico. Cabe lembrar que este não é o caso de pacientes terminais que já esgotaram seus esforços na luta pela sobrevivência e só almejam agora um descanso da vida.

Descanso da vida, morte tranqüila: não é a isso mesmo que se refere a eutanásia? Em casos extremos, a alta a pedido pode representar uma ortotanásia. Nestes casos, prosseguir com o tratamento pode ser um ato paternalista muito cruel. Justificar tal comportamento através da "beneficência", nomeada pela Bioética Principalista, demonstra o mau uso do termo por alterar o destinatário do "bem". Bem de quem, afinal? Do médico, da instituição, da sociedade ou do paciente?

Pode-se formular algumas hipóteses para a negação, pelo médico, da alta a pedido do paciente: temor de sanções legais por conta das conseqüências da interrupção do tratamento, interesse científico na doença e, por último, a própria dificuldade do médico de lidar com a sua impotência frente a "não cura".

À primeira hipótese cabe uma solução: o paciente capaz tem autonomia para decidir quanto a seu tratamento e, portanto, responsabilidade em relação ao seu início, andamento e término. Já suportar as próprias angústias de lidar com a curiosidade, a impotência e a morte fazem parte da função do médico. Quem sabe estabelecendo estes limites, resgata-se o verdadeiro sentido da Medicina: o cuidado.

Com base nesta compreensão, o Hospital das Clínicas de São Paulo já possui um termo de alta a pedido, mas que carece de uma legislação que lhe dê suporte, respei-

tando os direitos e deveres de médicos e pacientes. Porém este termo de consentimento da alta a pedido já é um avanço do pensamento bioético, pois ele surgiu das discussões da Comissão de Bioética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

**GISELE JOANA GOBETTI
CLAUDIO COHEN**

Pediatria

QUAIS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS A SEREM ADOTADOS NO TRATAMENTO DA BRONCOPNEUMONIA COM DERRAME PLEURAL NA CRIANÇA?

Após a confirmação do diagnóstico de broncopneumonia com formação de derrame pleural, a primeira dúvida refere-se à

necessidade de punção pleural para diagnóstico do tipo de derrame. Este procedimento deve ser indicado apenas nos casos de derrames de médias ou grandes proporções, quando há comprometimento da função respiratória ou do estado geral da criança. A segunda dúvida refere-se à indicação de drenagem da cavidade pleural. O aspecto turvo do líquido colhido, diagnosticado com a simples inspeção, sinaliza tratar-se de derrame purulento e, portanto, indicativo de drenagem pleural.

A outra indicação corresponde aos grandes derrames serosos, em que há comprometimento da função respiratória por mecanismo restritivo. Após a colocação do dreno, a ocorrência de imagem radiológica sugestiva de derrame encistado residual ou de espessamento pleural não é raro e, em conjunto com a febre persistente, não deve ser interpretado como falha da drenagem inicial. O derrame incistado residual geralmente não revela a presença de bactérias, tanto no exame bacterioscópico direto ou na cultura e, como consequência, não deve ser o fator causal da persistência da febre. Da mesma forma, o acúmulo de fibrina na serosa pleural, causando imagem radiológica de espes-

samento nas pleuras e visceral, não provoca febre.

A experiência prática e centenas de publicações científicas, desde o início do século passado, demonstram que derrame encistado e espessamento pleural sofrem regressão espontânea após dois ou três meses, sem qualquer tipo de intervenção operatória. Justifica-se apenas a manutenção de antibioticoterapia enquanto houver a persistência da febre, que certamente decorre da evolução do processo inflamatório e/ou infeccioso do parênquima pulmonar. A decorticação pulmonar através de toracotomia ou vídeo-cirurgia, operação freqüentemente indicada para adultos, realizada com o objetivo de remover o acúmulo de fibrina e/ou fibrose que se acumula em torno do pulmão, não tem qualquer indicação na criança pelo simples e elementar motivo de que o processo sofre cura espontânea sem nenhum tipo de seqüela tardia, anatômica ou funcional. Finalmente, pelo mesmo motivo, não se deve indicar o uso de injeção intrapleural de estreptoquinase, com o objetivo de facilitar a lise da fibrina, recurso também citado na literatura médica dos últimos anos.

UENIS TANNURI