

8. Naber KG. Treatment options for acute uncomplicated cystitis in adults. *J Antimicrob Chemother* 2000; 46:23-7.
9. Ronald AR, Harding GK. Complicated urinary tract infections. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11:583-92.
10. Fihn SD. Clinical practice. Acute uncomplicated urinary tract infection in women. *N Engl J Med* 2003; 349:259-66.
11. Stamm WE, Norrby SR. Urinary tract infections: disease panorama and challenges. *J Infect Dis* 2001; 183:(Suppl 1):S1-4.
12. Warren JW. Catheter-associated urinary tract infections. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11:609-22.
13. Pewitt EB, Schaeffer AJ. Urinary tract infection in urology, including acute and chronic prostatitis. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11:623-46.
14. Barnes RC, Daifuku R, Roddy RE, Stamm WE. Urinary-tract infection in sexually active homosexual men. *Lancet* 1986; 1:171-3.
15. Spach DH, Stapleton AE, Stamm WE. Lack of circumcision increases the risk of urinary tract infection in young men. *JAMA* 1992; 267:679-81.
16. Pinho AM, Lopes GS, Ramos-Filho CF, Santos O da R, Oliveira MP, Halpern M, et al. Urinary tract infection in men with AIDS. *Genitourin Med* 1994; 70:30-4.
17. Bishara J, Leibovici L, Huminer D, Drucker M, Samra Z, Konisberger H, et al. Five-year prospective study of bacteraemic urinary tract infection in a single institution. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1997; 16:563-7.
18. Gupta K, Hooton TM, Stamm WE. Increasing antimicrobial resistance and the management of uncomplicated community-acquired urinary tract infections. *Ann Intern Med* 2001; 135:41-50.
19. Carton JA, Gomez Moro MB, Gonzalez Lopez B, Maradona JA, de Diego I, et al. Nosocomially acquired infection of the urinary tract. *Enferm Infect Microbiol Clin* 1989; 7:408-14.
20. Orenstein R, Wong ES. Urinary tract infections in adults. *Am Fam Physician* 1999; 59:1225-34.
21. Nicolle LE. Asymptomatic bacteriuria in the elderly. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11:647-62.
22. Mohammad M, Mahdy ZA, Omar J, Maan N, Jamil MA. Laboratory aspects of asymptomatic bacteriuria in pregnancy. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2002; 33:575-80.
23. Rushton HG. Urinary tract infections in children: epidemiology, evaluation, and management. *Pediatr Clin North Am* 1997; 44:1133-69.
24. Kaplan DM, Rosenfield AT, Smith RC. Advances in the imaging of renal infection: helical CT and modern coordinated imaging. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11:681-705.
25. Patterson TF, Andriole VT. Detection, significance, and therapy of bacteriuria in pregnancy: update in the managed health care era. *Infect Dis Clin North Am* 1997; 11:593-608.

## e

Correspondências

### VIDEOTORACOSCOPIA NO TRATAMENTO DE EXCELÊNCIA DO EMPIEMA DA INFÂNCIA

#### Sr. Editor

Em relação à RAMB, meus parabéns. Ótimos artigos e excelentes comentários, particularmente a seção “À beira do leito”. Quanto ao Panorama Internacional “A videotoracoscopia constitui tratamento de excelência do empiema da infância?” - RAMB 2004, 50 (4):349-62, em nome da cirurgia pediátrica de meu hospital, eu não poderia deixar de tecer alguns comentários. O Dr. Uenis Tannuri aborda um artigo de Gates et al. (*J Pediatr Surg* 2004, 39:381-6) sobre o valor da videotoracoscopia no tratamento dos empiemas pleurais na criança. Acredito que o estudo ainda não tenha, efetivamente, fechado a polêmica em torno do assunto. Após revisar 44 artigos científicos, os autores não puderam realizar meta-análise para concluir qual é o melhor método de tratamento do empiema pleural na criança, sendo que a única vantagem da videotoracoscopia foi a redução do tempo de internação hospitalar. Nossa experiência em 143 videotoracoscopias para tratamento desta afecção leva à conclusão semelhante, particularmente no que tange à redução do custo final do tratamento.

SYLVIO GILBERTO ANDRADE AVILLA  
CURITIBA - PR

#### Comentário do autor

Este assunto é, de fato, polêmico. A conduta mais conservadora, não-invasiva, em empiemas pleurais na criança deve ser a primeira escolha. O tratamento cirúrgico pode ser indicado apenas em fases mais tardias, quando não se consegue boa evolução do paciente com a simples drenagem pleural. Nestes casos, muito raros (em torno de 2%), pode ocorrer associadamente necrose e destruição do parênquima pulmonar, que implicarão na necessidade de ressecção do segmento comprometido. Quanto às pleuras e à cavidade por elas delimitada, a drenagem do pus e tratamento com antibióticos apropriados são habitualmente eficazes.

O estudo fecha a polêmica do valor limitado da videotoracoscopia no tratamento do empiema. Deve-se levar em conta os riscos da videotoracoscopia (anestesia geral e o procedimento em si, particularmente hemorragias). O tempo de internação hospitalar perde significado diante dos custos envolvidos com o procedimento. Outro fato importante é que nem todos os hospitais dispõem do equipamento para videocirurgia, e nem todos os cirurgiões estão habilitados para executar o método. Finalmente, há que se considerar que crianças não são arrimos de família e, portanto, os argumentos do período de internação hospitalar e impossibilidade de retorno ao trabalho não se aplicam a elas.

UENIS TANNURI  
SÃO PAULO - SP