

ANENCEFALIA, TROMBOSE E ANTICORPOS ANTICARDIOLIPINA

A síndrome antifosfolípida (SAF) é uma trombofilia comum em adultos jovens¹. Uma eventual associação de anticorpos antifosfolípidos (AAF) com anomalias fetais é matéria polêmica. É de interesse o caso de uma gestante anticorpo anticardiolipina (AAC)-positiva na qual uma trombose venosa profunda (TVP) sucedeu um aborto terapêutico por anencefalia.

A paciente, de 24 anos de idade, foi submetida a uma ecografia obstétrica de rotina com 12 semanas de gravidez. O exame revelou anencefalia. Um aborto terapêutico foi autorizado pelo Juizado local. Os achados macroscópicos incluíram anencefalia e spina bifida. Três dias após a interrupção, a paciente desenvolveu TVP de membro inferior esquerdo. Tratamento com heparina subcutânea foi efetivo. Níveis baixos de IgG AAC (18,4 GPL) e moderados de IgM AAC (36,2 MPL) foram detectados¹. Seis meses depois, o teste para AAC foi negativo. A paciente, sob anticoagulação oral desde o episódio de TVP, encontra-se bem no momento.

Embora a paciente não preencha os critérios atuais para SAF¹, uma forma provável e transitória da doença pode ser admitida. Uma relação causa-efeito de AAC maternos com anencefalia é de difícil confirmação, entretanto. A presença de AAC pode, potencialmente, ter decorrido do estado de pós-interrupção gestacional.

A associação de AAF com anomalias fetais é polêmica. Em estudo controlado de 40 mães AAC-positivas, a ocorrência do anticorpo se associou a abortos prévios e também a defeitos ventriculares septais². Uma paciente AAF-positiva apresentou histórico de abortos recorrentes e recém-natos com atresia renal e hipogenesia oromandibular³. Em outro relato, uma paciente lúpica AAC-positiva, tratada com ácido acetil-salicílico durante a gestação, gerou um menino com deformidades de vértebras torácicas⁴.

Digno de nota, trombose associada à AAC não foi, até o momento, reportada em pacientes cuja interrupção da gravidez tenha decorrido por anencefalia. No entanto, a escassez de relatos ainda não permite definir uma associação de AAF com malformações congênitas. As implicações clínicas e bioéticas da eventual presença de AAF em gestantes de fetos anencéfalos constitui assunto aberto a debate.

**FELIX TRENTIN FILHO
HENRIQUE LUIZ STAUB
PORTO ALEGRE – RS**

Referências

1. Wilson WA, Gharavi AE, Koike T, Lockshin MD, Branch DW, Piette JC, et al. International consensus statement on preliminary classification criteria for definite antiphospholipid syndrome. *Arthritis Rheum* 1999;42:1309-11.
2. Kowal-Vern A, Fisher SG, Muraskas J, Jandreski MA, Gianopoulos JG, Husain A. Placental pathological conditions in anticardiolipin antibody

positive women whose infants had congenital heart defects. *Perinatology* 1996;16:268-71.

3. Coulam CB. Hypothesis: antiphospholipid antibodies associated with congenital abnormalities? *Early Pregnancy* 1997;3:109-12.

4. Chakravarty K, Merry P. Anticardiolipin syndrome, aspirin therapy and fetal malformation. *Lupus* 1993;2:61-2.

CORREÇÃO VIDEOLAPAROSCÓPICA DAS HÉRNIAS INGUINAIS

Em relação ao artigo "A videolaparoscopia na hérnia inguinal deve ser rotineira?", publicado na seção "À Beira do Leito" da *Rev Assoc Med Bras* 2005; 51(5):243, tecemos algumas considerações.

As vantagens da hernioplastia inguinal videolaparoscópica sobre a técnica convencional estão bem estabelecidas na literatura médica: menos dor pós-operatória, retorno mais célere às atividades habituais e maior satisfação do paciente.

Rutkow estima que, em 2003, nos EUA, de aproximadamente 800.000 reparos de hérnia, 14% foram feitos por videolaparoscopia, 37% por Lichtenstein, 34% *plug repairs*, 8% foram outros reparos com tela e somente 7% reparos sem uso de prótese¹.

As explicações para o menor número de correções videolaparoscópicas (14%), conforme Arregui e Young, estão relacionadas com o menor reembolso pago aos procedimentos videolaparoscópicos nos EUA, 15,8% a menos na hérnia primária e 12,4% na recidivada em relação aos procedimentos abertos. Além disso, deve-se considerar a relativa facilidade do reparo aberto e não existência de um treinamento adequado durante as residências e *fellowships* em cirurgia nos reparos videolaparoscópicos².

Atualmente, há uma tendência mundial de utilização rotineira de tela para correção de hérnias inguinais no adulto. Em meta-análise que avaliou 58 ensaios clínicos com 11.174 pacientes, (*The EU Trialist Collaboration*), o uso de tela demonstrou reduzir o risco de recorrência, redução no tempo de hospitalização, redução de dor pós-operatória na técnica aberta e recuperação mais rápida³.

Historicamente, todas as novas técnicas de correção de hérnia inguinal encontraram resistência, mesmo o reparo de Lichtenstein, que atualmente é o mais utilizado.

Segundo Richards, Quinn e Fitzgibbons, quatro avanços na metade final do século XX contribuíram significativamente para a diminuição da morbidade e diminuição da recorrência: uso de próteses, aceitação ampla do conceito de *tension-free*, possibilidade de uso do espaço pré-peritoneal na correção das hérnias e a terapêutica videolaparoscópica⁴.

As complicações em geral são as mesmas, tanto nos reparos abertos como nos videolaparoscópicos, embora o potencial para lesões mais graves seja maior na abordagem videolaparoscópica. Isto reflete a curva de aprendizagem e o pobre ensinamento da técnica².