

Clinica Cirurgica

PANCREATITE BILIAR: PAPILOTOMIA ENDOSCÓPICA?

Discute-se a indicação ou não da papilotomia endoscópica (PE) pré-operatória numa paciente de 42 anos admitida com quadro de pancreatite aguda biliar obstrutiva de gravidade moderada.

É consenso que na vigência de colangite ou de pancreatite grave (necro-hemorrágica), a PE pré-operatória obtém resultados melhores quando comparada aos obtidos pelo tratamento cirúrgico imediato ou medicamentoso¹.

Entretanto, não se consegue estabelecer a eficiência da PE nas pancreatites leves ou moderadas, apesar dos inúmeros estudos já publicados.

Complicações como a re-agudização da pancreatite, hemorragias, perfurações, estenoses ou disfunções do esfíncter de Oddi e até colangite são as razões para a não aceitação ampla do procedimento. Da mesma forma, a complexidade de execução, exigência de equipe e ambiente especializado, além dos custos também são considerados fatores limitantes, principalmente em nosso meio².

A fim de evitar essas complicações, decorrentes da fase radiológica da colangiopancreatografia retrógrada endoscópica, o uso da ultrassonografia, mais precisamente a ecoendoscopia, tem atraído a atenção dos pesquisadores; o que seria vantajoso, já que evitaria a canulação desnecessária da papila duodenal, assim como todos os seus riscos³.

A grande ascensão dos procedimentos endoscópicos, principalmente das manipulações bilio-pancreáticas, muito estimuladas pela poderosa indústria de equipamentos, deve ser observada com ressalvas. Assim o fizeram Slivka A e Schoen RE, em 2000, que através de análise crítica e filosófica, recomendam que sejam feitas mais pesquisas adequadamente estruturadas⁴.

Apesar dos avanços tecnológicos, do aperfeiçoamento das técnicas e do aprimoramento dos endoscopistas, a indicação da PE, neste momento, exige demasiado bom senso, uma vez que tudo o que temos são somente descrições de experiências isoladas, de gru-

pos ou instituições distintas, que carecem de comprovação científica, entretanto, que devem ser respeitadas.

OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO
PAULO KASSAB
ELIAS JIRJOSS ILIAS

Referências

1. Kozarek RA. Therapeutic pancreatic endoscopy. *Endoscopy* 2001; 33:39-45.
2. Misra SP, Dwivedi M. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy: diagnosis, management and prevention. *Natl Med J Índia* 2002; 15:27-31.
3. Prat F, Edery J, Meduri B, Chiche R, Ayoun C, Bodart M, et al. Early EUS of the bile duct before endoscopic sphincterotomy for acute biliary pancreatitis. *Gastrointest Endosc* 2001; 54:724-9.
4. Slivka A, Schoen RE. Endoscopic therapy for pancreatic disease: are we breaking the third rule of surgery. *Gastrointest Endosc* 2000; 52:134-7.

Clinica Médica

QUAL O VALOR DO DíMERO D NO DIAGNÓSTICO DO TROMBOEMBOLISMO PULMONAR?

O tromboembolismo pulmonar (TEP) é uma doença comum e potencialmente fatal, tendo uma mortalidade de aproximadamente 30%. Com o uso de anticoagulantes e de trombolíticos, esta taxa pode ser reduzida para 2%-8%. O diagnóstico é frequentemente difícil de se obter, sendo que a prevalência de TEP em autópsia de pacientes hospitalizados (entre 12%-15%) tem se mostrado inalterada nos últimos 30 anos. TEP é uma causa comum de complicação e morte após cirurgias de grande porte, neurocirurgias, cirurgias ortopédicas, trauma, pós-parto, e nos pacientes clínicos portadores de neoplasias, doenças pulmonares e cardíacas. Com o aumento da longevidade destes pacientes, o TEP tende a se tornar um problema de importância clínica cada vez maior.

O diagnóstico precoce e a instituição imediata da terapêutica são essenciais na diminuição da morbidade e mortalidade desta entida-

de. Em grandes séries recentes, a prevalência de TEP em pacientes nos quais existe a suspeita clínica é muito baixa (ao redor de 15%-35%), não justificando o uso de exames invasivos e de alto custo como estratégia inicial na abordagem destes pacientes. Neste contexto, a dosagem do Dímero-D em pacientes com suspeita de TEP não maciço é extremamente útil. O Dímero-D plasmático é um produto de degradação, que tem reação cruzada com a fibrina e, quando dosado através do método ELISA quantitativo, tem se mostrado altamente sensível (acima de 99%) em casos de TEP ou TVP, com um valor de corte de 500 ug/L. Portanto, valores de Dímero-D inferiores a 500 ug, praticamente excluem TEP. Embora o Dímero-D seja altamente específico à fibrina, a especificidade da fibrina para TEP é muito baixa. De fato, a sua produção está aumentada em situações como câncer, inflamação, infecção, necrose, e nos pós-operatórios em geral. Portanto, níveis superiores a 500 ug/L têm um valor preditivo muito baixo para TEP, não podendo confirmar a doença.

O Dímero é extremamente útil em serviços de emergência, excluindo o diagnóstico de TEP. A combinação de suspeita clínica, associada a níveis de Dímero-D superiores a 500 ug/L como passo inicial, progredindo-se para a realização de cintilografia pulmonar ou tomografia pulmonar helicoidal, formam a tríade de abordagem diagnóstica mais eficaz em pacientes com suspeita de TEP.

MARISTELA MONACHINI

Referência

- Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. *Eur Heart J* 2000; 21: 1301-36.

Emergência e Medicina Intensiva

COMO ABORDAR PACIENTES COM PROBLEMAS RELACIONADOS AO ETANOL?

O consumo de etanol aumentou de maneira significativa nas últimas décadas, tendo dobrado a partir de 1950. Os problemas físicos, psicológicos e sociais relacionados à sua utilização afetam toda a sociedade, e não apenas um grupo restrito

de usuários dependentes. Desta maneira, 80% dos suicídios, 80% dos acidentes fatais envolvendo fogo, 50% dos assassinatos, 40% dos acidentes automobilísticos, 15% dos afogamentos, 30% dos divórcios e 30% dos casos de abuso a crianças estão associados à ingestão de álcool. No caso específico de suicídios, o consumo de etanol é o fator preditivo isolado mais importante. A taxa de utilização do sistema de saúde por usuários de etanol corresponde ao dobro daquela população geral. Praticamente 1/3 das internações hospitalares está relacionada ao seu consumo. No Reino Unido, 12% do orçamento da área da Saúde são direcionados ao tratamento de doenças correlacionadas.

Com o objetivo de alterar este cenário, a tendência mundial concentra-se na adoção de políticas de identificação e abordagens precoces dos indivíduos com consumo prejudicial de álcool, tanto na esfera da atenção primária, como também nos serviços de emergência. Trabalhos recentes demonstram que a identificação destes indivíduos nas unidades de atendimento básico é muito baixa, inferior a 20%. Em serviços de pronto-socorro, este número é ainda menor. As novas diretrizes, de caráter simples e objetivo, consistem em:

- determinação do tipo e volume de bebida alcoólica ingerida diariamente
- determinação do horário da ingestão da primeira dose
- caracterização do padrão de consumo diário (padrões uniformes estão associados ao uso desajustado)
- presença de sintomas de abstinência ao acordar.

Esta investigação deve incluir a dosagem plasmática de gama glutamil transferase e a determinação do volume corpuscular médio das hemáceas, permitindo a detecção de 75% dos indivíduos com padrão desajustado de consumo. A simples adoção destas medidas associadas a breves intervenções (esclarecimentos em relação aos efeitos deletérios e formas de restrição do uso de álcool aliados a atitudes motivadoras) acarreta a diminuição de 25% no consumo de etanol entre estes indivíduos.

RENATA MAHFUZ DAUD GALLOTTI

Referências

1. Ashworth M, Gerada C. ABC of mental health: addiction and dependence II: Alcohol. *BMJ* 1997; 315:358-60.

2. Kmietowicz Z. Doctors should identify and treat problem drinkers. *BMJ* 2001; 322:259.
3. Malmesbury JJ. New alcohol strategy being developed for England. *BMJ* 2001; 322:636.
4. Foster T. Dying for a drink. *BMJ* 2001; 323:817.

Ginecologia

QUAL O MELHOR MÉTODO ANTICONCEPCIONAL?

AM, 27 anos, nuligesta, queixando-se de aumento da quantidade de sangue do fluxo menstrual nos últimos anos acompanhada de cólica menstrual leve, buscando anticoncepção. Sem antecedentes pessoais e familiares de importância. Tem interesse em dispositivos intra-uterinos e métodos hormonais por sua eficácia. Refere parceiro único. Ao exame físico normal.

Como a maioria das jovens que buscam orientação sobre anticoncepção, não tem fatores de risco para o uso da maioria dos métodos. Entretanto, alguns aspectos relevantes da história clínica devem ser levados em consideração. O uso do DIU de cobre, por exemplo, pode aumentar até 30% em média a quantidade de sangue perdida durante o período menstrual, podendo também levar a um aumento na queixa de dismenorréia. Além disso, pelo fato de ser nuligesta, o risco de expulsão pode ser maior, bem como se observou em estudos clínicos que as retiradas por dor pélvica são maiores em mulheres que nunca gestaram. Por estas razões, o DIU com cobre, apesar da alta eficácia, pode não ser uma boa opção. Os métodos hormonais costumam combinar alta eficácia anticoncepcional com outros benefícios não contraceptivos, entre eles diminuição do fluxo menstrual e da dismenorréia. Os métodos contendo apenas progestógeno e a pílula combinada usada continuamente tem sido utilizados para provocar amenorréia. Esta prática, apesar de bastante difundida atualmente, nem sempre garante a ausência de sangramento. Dentre os métodos contendo progestógeno, as taxas de amenorréia variam de 60%-70% para o Sistema Intra-uterino e Injetável trimestral, 40%-50% para os Implantes até 30% para os

Orais. Observa-se, então, que um grande número de mulheres ainda vai ter sangramento durante o uso destes métodos, mesmo que sejam em quantidade menor do que o habitual e de padrão muitas vezes imprevisível. Além disso, os métodos hormonais podem estar eventualmente associados a queixas como cefaléia, dores em membros inferiores, alterações de humor, entre outras. Torna-se evidente a necessidade de explicação detalhada dos riscos/benefícios do uso de cada método anticoncepcional para que a escolha possa ser realizada da melhor maneira possível. A paciente foi ainda informada sobre aspectos gerais da saúde reprodutiva, e sobre o uso de preservativo em todas as relações para prevenir DST, mesmo que esteja usando outro método para se proteger contra gravidez não planejada.

**CARLOS ALBERTO PETTA
JOSÉ MENDES ALDRIGHI**

Referências

1. World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility Criteria for contraceptive use. Geneva: World Health Organization; 1996.
2. Petta C, Faundes A, Pastene L, Pinotti JA. Users' awareness of factors associated with complications during pill use. *Adv Contraception* 1994; 10:257.
3. Hidalgo M, Bahamondes L, Perrotti M, Diaz J, Dantas-Monteiro C, Petta C. Leading patterns and clinical performance of the levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena) up to two years. *Contraception* 2002; 65:129-32.
4. Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Stewart GK, Kowal D, Guest F, et al. Contraceptive technology. 16th ed. New York: Irvington Publishers Inc.; 1994.

Medicina Baseada em Evidências

COMO DIAGNOSTICAR ACIDOSE METABÓLICA EM PACIENTES GRAVES?

Acidose metabólica (AM) é um distúrbio fisiológico freqüentemente observado em pacientes internados em unidades de terapia intensiva ou avaliados em prontos-socorros. O seu pronto reconhecimento, bem como a identificação de sua provável etiologia, são fundamen-

tais na avaliação desses pacientes. Em geral, acidose metabólica traduz uma situação que, no mínimo, requer pronta intervenção.

Habitualmente, utiliza-se dois métodos para se realizar o diagnóstico de AM: o primeiro utiliza a concentração do *bicarbonato plasmático* e “*anion gap (AG)*”, e o segundo o *base excess/deficit*. Esses dois sistemas não consideram tampões plasmáticos não bicarbonatados, como por exemplo, as proteínas e o fósforo inorgânico. Entre as proteínas plasmáticas, aquela que mais interfere no equilíbrio ácido-base é a albumina, por funcionar como um ácido fraco não-volátil.

Hipoalbuminemia é extremamente frequente em pacientes agudamente enfermos, o que pode confundir a análise da acidose metabólica tanto utilizando a avaliação do AG, quanto pelo emprego do *base excess/deficit* (o efeito alcalinizante da hipoalbuminemia pode contrabalançar a presença de ácidos fortes como lactato ou cetonas).

Assim, quando paciente apresenta hipoalbuminemia, a avaliação do BE não é suficiente para se chegar ao diagnóstico de acidose metabólica. Da mesma forma, quando a metodologia empregada se embasa na [BIC] ou no AG observado, a presença de hipoalbuminemia pode levar ao não diagnóstico ou mesmo a subestimação da acidose metabólica. Contudo, quando o AG é ajustado pela [Alb], esta avaliação se torna mais confiável. De forma complementar, a acidemia interfere per se no cálculo do AG. O quadro abaixo é útil para se corrigir o cálculo do AG e verificar se realmente o paciente AG alargado ou não.

A conduta, à beira do leito, deve ser direcionada pelo cálculo do AG corrigido. Inicialmente, calcula-se “normalmente” o AG, isto é, $AG = (Na^+ + K^+) - (Cl^- + Bic)$. Após obter este valor, deve-se corrigi-lo pelos níveis plasmáticos de albumina, sendo que para queda de 1g de albumina plasmática, subtrai-se 2 pontos do AG calculado. Da mesma forma, deve-se corrigir o AG pelo pH, sendo que faixas de pH entre 7,20 e 7,30, diminui-se 1 ponto do AG calculado e para faixas entre 7,10 e 7,20, diminui-se 2 pontos. pH inferior a 7,10, deve-se diminuir 3 pontos.

Em resumo, não podemos considerar apenas a avaliação do bicarbonato e/ou do BE para se diagnosticar acidose metabólica. Devemos sempre verificar o pH e os níveis

plasmáticos de albumina para, com mais precisão, diagnosticar acidose metabólica em pacientes gravemente enfermos.

**ELIÉZER SILVA
MARCELINO DE SOUZA DURÃO JR**

Referência

FencI V, Jabor A, Kazda A, Figge J. Diagnosis of metabolic acid-base disturbances in critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162:2246-51.

Obstetrícia

COMO ACOMPANHAR AS GESTAÇÕES QUE APRESENTAM INSUFICIÊNCIA PLACENTÁRIA GRAVE?

A insuficiência placentária grave pode ser diagnosticada com a utilização da dopplervelocimetria das artérias umbilicais, caracterizando-se pela ausência de fluxo na diástole e, por isso, conhecida como diástole zero (DZ) ou, fluxo reverso, também denominada de diástole reversa (DR). Essa condição está invariavelmente associada a resultados perinatais adversos, representados pelas altas taxas de mortalidade perinatal, prematuridade, necessidade de internação em unidades de terapia intensiva neonatal, restrição do crescimento fetal e depressão neonatal. Inicialmente, pelo temor gerado pelo risco de óbito fetal, houve grande número de interrupções das gestações, imediatamente após o diagnóstico de DZ/DR. A inadequação dessa conduta foi demonstrada pela elevação da taxa de óbitos neonatais, apesar de, obviamente, notar-se redução no óbito fetal. Assim, diagnosticada a insuficiência placentária grave (DZ/DR), é imprescindível agregar a monitoração da hemodinâmica fetal (Doppler da circulação arterial e venosa) aos métodos já consagrados de avaliação da vitalidade como a cardiocografia (CTG) e o perfil biofísico fetal (PBF), com o intuito de se determinar o melhor momento para a interrupção desta gestação. Com relação à avaliação da hemodinâmica fetal, os últimos estudos demonstram que a centralização da circulação arterial fetal, diagnosticada pela dopplervelocimetria da artéria cerebral média, não deve ser utilizada como determinante do término da gestação.

Entretanto, a dopplervelocimetria do ducto venoso (DV), por se relacionar com a acidemia no nascimento, é preconizada entre os exames de dopplervelocimetria para a escolha do momento mais oportuno para interrupção dessas gravidezes. Esses exames, aliados à CTG e ao PBF, permitem o acompanhamento evolutivo desses casos, possibilitando que quaisquer mudanças, mesmo que tênues, possam ser percebidas. A grande maioria dos casos se refere a idades gestacionais entre 26 e 32 semanas e com restrição do crescimento fetal importante (peso entre 500 e 1200g), traduzindo a necessidade de extremo cuidado. É fundamental salientar que tais gestantes devem, obrigatoriamente, estar ao abrigo de cuidados terciários, sob vigilância de equipe treinada, tanto em nível pré-natal quanto pós-natal. Após a viabilidade fetal, para a interrupção da gestação, são considerados a gravidade da doença materna, o peso estimado do feto, a maturidade fetal e a vitalidade fetal. A qualidade da assistência às gestantes com insuficiência placentária grave deve ser continuamente avaliada levando-se em consideração o resultado neonatal final que é o objetivo de todo obstetra: recém-nascido saudável, livre de seqüelas resultantes da prematuridade e da hipoxia.

ROSSANA PULCINELI VIEIRA FRANCISCO

Referências

1. Trudinger BJ, Stevens D, Connelly A, Hales JR, Alexander G, Bradley L, et al. Umbilical artery flow velocity waveforms and placental resistance: the effects of embolization of the umbilical circulation. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157:1443-8.
2. Francisco RPV, Nomura RMY, Miyadahira S, Zugaib M. Diástole zero ou reversa na dopplervelocimetria das artérias umbilicais. *Rev Assoc Med Bras* 2001; 47:30-6.
3. Nomura RMY. Estudo da cardiocografia anteparto em gestações com diástole zero ou reversa à dopplervelocimetria das artérias umbilicais. Faculdade de Medicina. São Paulo: Universidade de São Paulo – Tese (doutorado), 2000.
4. Francisco RPV. Predição de valores de pH e de déficit de bases no nascimento em gestações com diástole zero ou reversa à dopplervelocimetria das artérias umbilicais. Faculdade de Medicina. São Paulo: Universidade de São Paulo – Tese (doutorado), 2002.