

## *Clinica Cirúrgica*

### APENDICECTOMIA CONVENCIONAL: QUAL A MELHOR INCISÃO?

A apendicite aguda é a doença de tratamento operatório mais comum do trato digestivo. Seu diagnóstico é basicamente clínico e os exames de laboratório e de imagem são complementares. A dúvida diagnóstica pode levar o cirurgião a utilizar outros tipos de incisão que não a de McBurney.

A incisão de McBurney deve ser a de escolha para a apendicectomia convencional, por dar uma ótima abordagem do apêndice e ter poucas complicações tardias como as hérnias incisionais.

Quando houver dúvida diagnóstica, principalmente em mulheres, ou quando houver massa palpável no exame clínico, deve-se optar pela incisão paramediana ou mediana. Outro procedimento que pode ajudar na escolha da incisão é a palpação do abdômen com o doente anestesiado. Se for palpável uma massa em fossa ilíaca direita, não se deve realizar a incisão de McBurney, devido a dificuldades de sua ampliação e para a realização de ressecções intestinais.

Nos quadros de dor abdominal com tempo de sintomatologia muito prolongado, o cirurgião deve estar atento para a possibilidade de se tratar de uma apendicite complicada e não utilizar incisões que não permitam a ampliação adequada. O ultra-som de abdômen e a tomografia computadorizada nestes casos ajudam na escolha da melhor incisão, uma vez que podem mostrar abscessos intracavitários, grandes bloqueios de alças intestinais ou líquido livre na cavidade abdominal e pélvica, que normalmente necessitam de incisões amplas para o seu tratamento.

**ELIAS JIRJOSS ILIAS**

**OSVALDO ANTONIO PRADO CASTRO**

**PAULO KASSAB**

#### Referências

1. Rocha PRS, Marques Filho J, Marques CTM. Apendicite aguda. In: Rocha PRS, Souza C, editores. Abdome agudo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982. p.192-207.
2. Bennion RS, Thompson Jr. JE. Appendicitis. In: Fry DE, editor. Surgical infections. Boston: Little, Brown and Company; 1995. p.241-50.

## *Emergência e Medicina Intensiva*

### UTILIZAÇÃO DE MÁSCARA LARÍNGEA. UMA PRÁTICA HABITUAL EM PEDIATRIA?

A utilização de máscara laríngea tem-se tornado cada vez mais popular como uma possibilidade alternativa para o manejo da via aérea em crianças. A pergunta que sempre se faz à beira do leito é a seguinte: máscara laríngea ou cânula intratraqueal? A resposta aceitável para a situação "não é possível ventilar, não é possível intubar" é a inserção de uma máscara laríngea em via aérea<sup>1</sup>. A máscara laríngea evita os riscos da intubação intratraqueal, particularmente o edema subglótico, podendo ser inserida facilmente por pessoal paramédico (enfermeiras, fisioterapeutas)<sup>2</sup>, permitindo um controle adequado da via aérea em crianças respirando espontaneamente ou submetidas à ventilação pulmonar mecânica<sup>3</sup>, inclusive na sala de reanimação neonatal<sup>4</sup>. A despeito de sua maior utilização, o papel definitivo da utilização da máscara laríngea em pediatria ainda não está bem estabelecido, entretanto, ela pode ser utilizada em anestesia, nos casos de intubação difícil e em situações de emergência. Entretanto, existem limites e contra-indicações para a sua utilização que incluem as condições com um alto risco de regurgitação e/ou vômito ativo do conteúdo gástrico ou nos pacientes que têm uma grande quantidade de sangue presente na via aérea superior, já que a máscara laríngea não protege contra o refluxo gástrico: estômago cheio, refluxo gastroesofágico, cirurgia abdominal, obesidade. Adicionalmente, a máscara laríngea favorece o refluxo gastroesofágico devido à pressão do esfíncter esofágico secundária ao balonete da máscara laríngea ao nível da faringe. Todas as patologias da cavidade oral, faringe e laringe também são contra-indicações para a sua utilização. Atualmente, a máscara laríngea tem duas utilizações principais: como via aérea de rotina durante a anestesia geral e como um conduto para a intubação traqueal, entretanto, em pediatria não estão claros quando, como e quais as melhores técnicas e materiais para sua inserção.

**WERTHER BRUNOW DE CARVALHO**

**GISELE LIMONGELI GURGUEIRA**

#### Referências

1. Benumof JL. Laryngeal mask airway and the ASA difficult airway algorithm. *Anesthesiology* 1996; 84:686-99.
2. Lopez-Gill M, Brimacombe J, Alvarez M. Safety and efficacy of the laryngeal mask airway. *Anaesthesia* 1996; 51:969-72.
3. Johnston DF, Wrigley SR, Robb PJ, Jones HE. The laryngeal mask airway in paediatric anaesthesia. *Anaesthesia* 1990; 40:924-7.
4. Niermeyer S, Kattwinkel J, Van Reempts P, et al. International guidelines of neonatal resuscitation. *Pediatrics* 2000; 106:E29.

## *Ginecologia*

### CÂNCER DO ENDOMÉTRIO — O QUE CONSIDERAR?

Na discussão da temática do câncer de endométrio três questões práticas devem ser consideradas:

1) Quais mulheres devem ser investigadas?

Não existe dúvida de que em qualquer mulher com sangramento após menopausa, o diagnóstico de câncer de endométrio ou de lesões precursoras deve ser afastado; por outro lado, naquelas na menacme com sangramento uterino disfuncional (SUD) o endométrio deve ser obrigatoriamente estudado, antes de se iniciar qualquer terapêutica, pois não raramente pode-se tratar de um carcinoma endometrial ou de uma lesão precursora. Nessas mulheres a anamnese, o exame clínico e a determinação sérica da glicose são imprescindíveis, pois é comum a associação entre câncer de endométrio, diabetes, hipertensão arterial e obesidade. Cuidadosa investigação do peso também deve ser incluída, destacando o sobrepeso e a obesidade mórbida, pois é cada vez mais freqüente o número de casos de câncer de endométrio nessas mulheres.

2) Qual a melhor metodologia diagnóstica?

Em relação às mulheres após a menopausa há um consenso quanto ao primeiro exame que deve ser solicitado: a ultra-sonografia, de preferência a transvaginal para mensurar a espessura endometrial (dupla camada); se esta for menor de 5 mm, afasta-se praticamente o câncer endometrial.

O outro exame, também ambulatorial é a aspiração do endométrio com cânula tipo

Pipelle, que de acordo com a Associação Norte-americana de Câncer é capaz de diagnosticar 99% das lesões. Este exame é o mais indicado para as mulheres com SUD em idade reprodutiva.

3) Quais tratamentos devem ser indicados?

Não há dúvida de que a histerectomia total é a terapêutica de eleição e a extensão da cirurgia dependerá do estadiamento da doença. Entretanto, é crescente o número de casos de mulheres com câncer de endométrio em idade reprodutiva que desejam conservar seu potencial reprodutivo ou de mulheres com contra-indicações para a cirurgia. Nestas situações duas opções emergem como importantes alternativas: a inserção de um sistema intra-uterino liberador de levonorgestrel (Mirena) ou a utilização do acetato de medroxiprogesterona em altas doses.

**LUIS BAHAMONDES**

Referências

1. Parazzini F, La Vecchia C, Bocciolone L, Francheschi S. The epidemiology of endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 1991; 41:1-16.
2. Everett E, Tamini H, Greer B, Swisher E, Paley P, Mandel L, et al. The effect of body mass index on clinical/pathologic features, surgical morbidity, and outcome in patients with endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 2003; 90:150-7.

## *Medicina Baseada em Evidências*

### **A CIRURGIA REDUTORA DE VOLUME PULMONAR É UM TRATAMENTO EFETIVO PARA PACIENTES COM ENFISEMA SEVERO?**

Baseado em resultados de pequenos ensaios clínicos<sup>1</sup> e série de casos<sup>2</sup>, a cirurgia

reduzora de volume pulmonar surgiu como um promissor tratamento paliativo para pacientes com enfiseма pulmonar severo. Entretanto, nesses estudos, as conclusões a favor da cirurgia foram influenciadas por um viés de "sobrevivência"<sup>3</sup>, onde os pacientes que sobrevivem à cirurgia têm condições de saúde prévias melhores.

A fim de se determinar qual o real benefício dessa modalidade terapêutica nos casos de enfiseма pulmonar severo foi realizado um grande ensaio clínico multicêntrico<sup>4</sup>, envolvendo 1218 pacientes, comparando a cirurgia redutora de volume pulmonar ao tratamento clínico. Foram incluídos pacientes com VEF1 menor que 45% do predito, pCO<sub>2</sub> maior que 45 mmHg e pO<sub>2</sub> menor ou igual a 60 mmHg. Foram excluídos os pacientes com VEF1 ou capacidade de difusão do monóxido de carbono igual ou menor que 20% do predito, pois não se tratavam de candidatas à cirurgia. A alocação foi mascarada, a análise foi por intenção de tratamento, os grupos eram comparativos no início do estudo, e o seguimento global dos pacientes foi excelente (99%), havendo pouca migração entre os grupos. A mortalidade imediata (90 dias) foi maior no grupo da cirurgia redutora (7,9% vs 1,3%; P < 0.001). A mortalidade global durante o tempo médio de seguimento de 29,7 meses foi idêntica entre os grupos (0,11 pessoas/ano). Esta falta de benefício em termos de mortalidade global persiste mesmo após a exclusão dos pacientes de risco elevado, sendo que 15% dos pacientes submetidos à cirurgia experimentaram uma melhoria nos sintomas e na capacidade de exercício após 24 meses,

comparado com 3% de melhora no grupo de tratamento clínico.

A cirurgia redutora de volume pulmonar não aumenta a sobrevida dos pacientes, mas leva à discreta melhora na capacidade de exercício e no estado funcional, durante dois anos após a cirurgia. Pacientes com doença no lobo superior e uma capacidade de exercício baixa são os que têm maior benefício, sendo provavelmente, neste momento, os únicos pacientes de referência à cirurgia redutora de volume pulmonar.

**WANDERLEY M. BERNARDO**

**MOACIR C. NOBRE**

**FÁBIO B. JATENE**

Referências

1. Sciruba FC, Rogers RM, Keenan RJ, Slivka WA, Gorcsan J 3rd, Ferson PF, et al. Improvement in pulmonary function and elastic recoil after lung-reduction surgery for diffuse emphysema. *N Engl J Med* 1996; 334:1095-9.
2. Cooper JD, Patterson GA, Sundaresan RS, Trulock EP, Yusen RD, Pohl MS, et al. Results of 150 consecutive bilateral lung volume reduction procedures in patients with severe emphysema. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1996; 112: 1319-29.
3. Balady GJ. Survival of the fittest—more evidence. *N Engl J Med* 2002; 346:852-4.
4. Fishman A, Martinez F, Naunheim K, Piantadosi S, Wise R, Ries A, et al. National Emphysema Treatment Trial Research Group. A randomized trial comparing lung-volume-reduction surgery with medical therapy for severe emphysema. *N Engl J Med* 2003; 348:2059-73.