

ESTENOSE HIPERTRÓFICA DE PILORO NA CRIANÇA

Acreditando que a medicina por nós praticada no dia-a-dia muito se beneficia da estratégia de divulgação adotada pela RAMB, ao solicitar que editores de renome e experiência analisem alguns artigos em destaque na literatura recente, tomo a liberdade de acrescentar que, às vezes, os assuntos são polêmicos e que conclusões muito enfáticas podem merecer alguns reparos.

A nosso ver é esse o caso dos comentários do Prof. Uenis Tannuri do qual me permito, respeitosamente, discordar. Assim resume seus comentários sobre trabalho randomizado sobre qual a melhor via de acesso para a piloromiotomia da estenose hipertrófica de piloro aberta ou laparoscópica: "conclui-se, pelo presente artigo, que a videolaparoscopia para a correção da estenose hipertrófica não deve ser utilizada"¹.

Esses comentários devem-se ao trabalho prospectivo e randomizado de Leclair et al.², realizado com 102 pacientes operados. Eles constataram que a via laparoscópica, embora com igual permanência hospitalar e número de complicações que na via aberta apresentam maior número (6% - 3 casos) de miotomias incompletas necessitando reoperação (laparoscópica).

Ora, Obina et al.³, em 2006, em 335 piloromiotomias realizadas ao longo de cinco anos (sendo 212 laparoscópicas) chegou à conclusões idênticas, mas somente nos primeiros dois anos da casuística. Nos últimos três anos o número de reoperações foi semelhante em ambos os grupos, o que atribuiu à "famosa" curva de crescimento do aprendizado.

Holcomb III⁴, em 2006, em estudo também prospectivo randomizado, constatou, em 200 pacientes operados (100 por via laparoscópica), menos complicações na via laparoscópica e igual número de reoperações. Georgeson⁵, em 2004, com o expressivo número de 457 cirurgias (232 laparoscópicas) constatou maior número de complicações nas cirurgias abertas, porém com maior número de reoperações nas laparoscópicas.

Em conclusão, temos na literatura recente e séria, dados suficientes para apoiar a via de acesso cirúrgica que nos for mais simpática, sem estarmos autorizados a afirmar que a outra via não deva ser utilizada.

PROF. MANOEL CARLOS PRIETO VELHOTE
INSTITUTO DA CRIANÇA HC-FMUSP

Referências

1. Panorama Internacional. Pediatria (comentários) Tannuri U. Rev Assoc Med Bras. 2007;53:198.
2. Leclair MD, Plattner V, Mirallie E, Lejus C, Nguyen JM, Podevin G, et al. Laparoscopic pyloromyotomy for hypertrophic pyloric stenosis: a prospective, randomized controlled trial. J Pediatr Surg. 2007;42(4):692-8.
3. Adibe OO, Nichol PF, Flake AW, Mattei P. Comparison of outcomes after laparoscopic and open pyloromyotomy at a high-volume pediatric teaching hospital. J Pediatr Surg. 2006;41(10):1676-8.
4. Shawn D, Holcomb III GW, Murphy JP, Andrews WS, Sharp RJ, Snyder CL, et al. Open versus laparoscopic pyloromyotomy for pyloric stenosis: a prospective, randomized trial. Ann Surg. 2006;244(3):363-70.
5. Yagmurlu A, Barnhart DC, Vernon A, Georgeson KE, Harmon CM. Comparison of the incidence of complications in open and laparoscopic

pyloromyotomy: a concurrent single institution series. J Pediatr Surg. 2004;39(2):292-6.

Comentário do autor

Agradeço os comentários do Prof. Dr. Manoel Carlos Velhote e inicialmente ênfase que minhas conclusões foram baseadas no artigo publicado no presente ano por Leclair et al. e em minha experiência pessoal. Concordo com os autores que a via laparoscópica não deve ser utilizada por não trazer vantagens ao paciente com estenose hipertrófica do piloro e que deverá ser submetido à piloromiotomia. Apontei as vantagens da via aberta convencional, principalmente a praticidade, tempo de duração da cirurgia menor do que a via laparoscópica e a possibilidade de ser realizada em hospitais que não dispõem de equipamentos de videocirurgia. Finalmente, ressalto a premissa de que a via aberta requer apenas uma incisão que se confunde com a cicatriz umbilical e que a via laparoscópica requer três portas de abertura da parede abdominal.

UENIS TANNURI

PROFESSOR TITULAR DA DISCIPLINA DE CIRURGIA PEDIÁTRICA
FMUSP

EVENTOS TRAUMÁTICOS EM ALCOOLISTAS: A IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A importância do trauma psicológico para a saúde física e psíquica dos indivíduos ganhou nova força com os estudos do estresse pós-traumático em sobreviventes da IIª Grande Guerra e veteranos do Vietnã. Eles ampliaram o conhecimento sobre o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) demonstrando sua ocorrência na vida cotidiana, diferente do preconizado até então¹.

Trata-se de um transtorno de ansiedade que se desenvolve após a ocorrência de um evento traumático, no qual a pessoa experimentou ou testemunhou grave ameaça à sua vida ou a de outros. As agressões violentas como ser assaltado, ameaçado com arma, espancado, sofrer violência sexual, sofrer violência doméstica, comuns entre os alcoolistas, têm sido apontados como os eventos traumáticos com maior risco para TEPT.

Alta exposição a eventos traumáticos tem sido documentada em estudos populacionais e em estudos com portadores do transtorno por uso de substâncias psicotrópicas^{2,3}. No entanto, estes apresentam maior exposição a eventos traumáticos pelos comportamentos de risco e distúrbios de conduta. O número de exposições aumenta as chances de desenvolver TEPT.

Apesar disso, a investigação de traumas não tem sido rotina nas avaliações de pacientes nos serviços de saúde e o TEPT está subdiagnosticado. A rede básica de saúde tem se mostrado como os primeiros recursos em saúde a receber estes pacientes que, em geral,