

A pandemia parece anunciada

Apesar de ausente dos noticiários atualmente, a notificação de casos humanos de gripe aviária ainda persiste e, no primeiro semestre de 2007, foram 56 casos, com 34 óbitos, ocorridos, principalmente, no Egito e na Indonésia. A pandemia parece anunciada, parafraseando a Dra. Margaret Chan, diretora geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 13 de junho de 2007: “pela primeira vez na história, o mundo tem assistido a condições que poderiam desencadear uma pandemia de influenza em *real-time*. A natureza nos tem fornecido sinais de alerta sem precedentes e nos foi dado tempo suficiente que nunca imaginaríamos ter. Uma vez iniciada, sua disseminação internacional é considerada incontrolável”.

Desde o isolamento inicial do vírus H5N1, em 1996, em um ganso na província de Guangdong, China, e posteriores casos de infecção humana em Hong Kong no ano seguinte, são 10 anos, quando muito já se desvendou da fisiopatologia da influenza aviária: particularidades virais, mecanismo de invasão celular e replicação, descrição do quadro clínico, desenvolvimento de novas drogas, avanços na imunoprofilaxia com desenvolvimento de vacina. Mas estamos de fato preparados? Nós, do apoio diagnóstico, temos consciência de nosso papel? Temos acompanhado as últimas recomendações? O *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial* (JBPML), preocupado com o tema, apresenta atualizada revisão sobre o tema, escrita por Dr. Celso F. H. Granato e Dra. Nancy C. J. Bellei. Também nas páginas eletrônicas da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC) (www.sbpc.org.br), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (www.anvisa.gov.br/paf/viajantes/influenza_aviaria.htm) e da OMS (www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/labtestsMarch07web.pdf) encontramos recomendações atualizadas para o diagnóstico da influenza aviária.

A abordagem laboratorial objetiva o diagnóstico rápido e a exclusão de outras infecções virais comuns. A identificação do vírus pode ser feita por detecção direta de antígenos, isolamento viral em cultura celular ou detecção de RNA viral por proteína C reativa (PCR). No Brasil, é provável que os laboratórios clínicos não tenham capacidade técnica de realizar a identificação viral e, nesses casos, as amostras ou os isolados virais devem ser encaminhados a um laboratório que faça parte do grupo National Influenza Centre, como o Instituto Adolfo Lutz (Dra. Terezinha Maria de Paiva), em São Paulo; o Instituto Evandro Chagas (Dr. Wyller Alencar de Mello), em Belém; e o Instituto Oswaldo Cruz (Dra. Marilda Siqueira), no Rio de Janeiro.

Para obtenção de amostras, deve-se priorizar o aspirado de nasofaringe, seguido pelos *swabs* nasal ou nasofaríngeo obtidos nos primeiros três dias após o início dos sintomas. Procedimentos invasivos também podem ser empregados, como lavado broncoalveolar ou mesmo tecidos pulmonares ou traqueais *post-mortem*. O material deve ser refrigerado imediatamente e processado, ou inoculado em meio de cultura para transporte, o mais rápido possível. Se as amostras não forem processadas nas primeiras 48-72 horas, deverão ser congeladas a -70°C. Também está indicada a coleta de sangue durante a fase aguda (3-5ml de sangue total colhido imediatamente após o início dos sintomas) e na fase de convalescença (14 dias após o início dos sintomas ou no período *ante-mortem*). Os testes sorológicos para detecção de anticorpos específicos incluem o de inibição da hemaglutinação e, prioritariamente, os de neutralização viral.

Neste número do *JBPML* encontramos, também, excelente trabalho elaborado pela Dra. Gianna Mastroianni Kirsztajn, com descrição crítica dos métodos laboratoriais mais empregados para determinação do ritmo de filtração glomerular, com discussão de suas indicações e limitações. As equações mais utilizadas estão apresentadas: aquela proposta em 1976 por Cockcroft e Gault, para depuração de creatinina; a apresentada pelo grupo Modification of Diet in Renal Disease (MDRD), em 1999, para o ritmo de filtração glomerular e sua versão simplificada. A primeira, por incluir valores de creatinina sérica, idade e peso, tem sido a mais amplamente empregada. A autora ressalta que o emprego de tais equações trouxe ganhos, mas elas não são aplicáveis a pacientes que se encontrem em situação de instabilidade da função renal, seja por alterações hemodinâmicas, seja por progressão ou recuperação, em prazo de alguns dias, de agravo renal.

Vários artigos originais, de comprovada relevância, também estão presentes neste número. O trabalho apresentado na página 285 enfatiza o valor da necropsia para a melhoria da qualidade das unidades de terapia intensiva neonatal, bem como apresenta várias situações nas quais o diagnóstico só foi conhecido devido à necropsia ou então o seu resultado modificou, de certa forma, a abordagem terapêutica futura. Na página 297 está apresentado extenso estudo demonstrando resolubilidade de 92,9% da imuno-histoquímica no diagnóstico de neoplasias em um laboratório de referência da rede de saúde pública, além de listar 15 anticorpos mais indicados para o diagnóstico de neoplasias pouco diferenciadas e para a busca de prováveis sítios primários, semelhantes aos citados por Maxwell e McCluggage. Em outro trabalho, aperfeiçoou-se uma metodologia espectrofotométrica simples, rápida e de baixo custo para a quantificação de cobre sanguíneo, que foi comparada à técnica de espectrometria de absorção atômica com chama, mostrando-se linear, precisa, exata e reprodutível.

Como o leitor pode ver, orgulhosamente apresentamos esta edição de número 4, que confirma, mais uma vez, o peso científico e profissional que o *JBPML* vem mantendo em sua trajetória editorial.