

dois terços da amostra<sup>4</sup>. Desta forma, a monitorização eletroencefalográfica no *status epilepticus* visa estabelecer o diagnóstico acurado e a detecção de atividade convulsiva subclínica após controle das crises motoras<sup>4</sup>.

A maioria das vítimas de trauma crânio-encefálico grave admitidos na terapia intensiva (UTI) apresentam longo tempo de internação, seqüelas neurológicas incapacitantes ou morte a longo prazo, sendo que apenas 20%-30% dos pacientes alcançam uma independência funcional na evolução. Entre os fatores prognósticos que influenciam a evolução neurológica destacam-se: hipoxemia, hipotensão, gravidade do insulto primário e o escore de coma de Glasgow na admissão. Os fatores que secundariamente afetam o prognóstico são: hipertensão intracraniana não controlada, redução do fluxo cerebral, hiperemia e isquemia cerebral. Estes fatores prognósticos indicam uma grande vulnerabilidade cerebral nos primeiros dias pós-trauma, em que o surgimento de insultos secundários afetam adversamente a evolução neurológica<sup>2</sup>. As convulsões e outros estados epileptiformes sabidamente promovem alterações neuroquímicas graves, piorando a lesão inicial e o prognóstico. Em estudos clínicos, a incidência de atividade convulsiva clinicamente evidente pós-trauma grave é de 4%-10%, com pico nas primeiras 48 horas. No entanto, Vespa et al., avaliando a incidência de atividade epileptiforme através da monitorização eletroencefalográfica contínua em 94 pacientes com trauma craniano moderado a grave nos primeiros 14 dias pós-trauma, identificaram crises convulsivas e não-convulsivas em 21 pacientes (22%) a despeito da terapêutica anticonvulsivante. Em 52% dos casos, as crises eram não-convulsivas, identificadas apenas com o EEG. Os autores concluíram ser importante a utilização do EEG contínuo para detectar atividade convulsiva em pacientes com trauma craniano, uma vez que, mais de um entre cinco pacientes com trauma craniano moderado a grave, apresentam crises convulsivas na primeira semana pós-trauma, frequentemente subdiagnosticadas apenas com a avaliação clínica<sup>2</sup>.

Em pacientes em coma, sem trauma craniano, sob monitorização contínua com EEG na UTI, Young et al. encontraram atividade convulsiva em 34% (43 de 127) dos pacientes, sendo que em 14% tratava-se de *status epilepticus* não-convulsivo, no qual a única manifestação clínica era coma e estupor. Ainda identificaram que o atraso no diagnóstico e a duração estavam associados a mau prognóstico<sup>3</sup>. Recentemente, Towne et al. avaliaram 236 pacientes em coma, sem história ou evidências clínicas de convulsões, e encontraram *status epilepticus* não-convulsivo em 8% da amostra através de EEG contínuo nos três primeiros dias de UTI. Os autores concluíram que apesar da incidência não ser elevada, o *status epilepticus* não-convulsivo, além de apresentar uma elevada morbidade é uma importante causa de coma e, desta forma, sugerem a inclusão da avaliação eletroencefalográfica de rotina em pacientes em coma, mesmo quando não há evidências clínicas de atividade convulsivas<sup>3</sup>.

Portanto, são crescentes as evidências de benefício da monitorização eletroencefalográfica em pacientes com lesão cerebral aguda, a fim de detectar insultos secundários e proteger o cérebro através da intervenção imediata. A monitorização com EEG contínuo é o melhor método para detecção de atividade epileptica não-convulsiva, sendo amplamente recomendado no tratamento do *status epilepticus* e, mais recentemente, na avaliação de pacientes em coma. Ainda permite a detecção precoce de insultos cerebrais secundários, importante para decisões terapêuticas em pacientes vítimas de trauma craniano, acidente vascular encefálico ou hemorragia subaracnóide, a fim de reduzir as seqüelas neurológicas e a mortalidade.

ALEJANDRA G GARRIDO

RUY J CRUZ JR

#### Referências

1. Quinonez D. Common applications of electrophysiology (EEG) in the past and today: the technologist's view. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1998; 106(2):108-12.
2. Vespa P. Continuous EEG monitoring for the detection of seizures in traumatic brain injury, infarction, and intracerebral hemorrhage: "to detect and protect". *J Clin Neurophysiol* 2005; 22(2):99-106.
3. Towne AR, Waterhouse EJ, Boggs JG, et al. Prevalence of nonconvulsive status epilepticus in comatose patients. *Neurology* 2000; 54(2):340-5.
4. Claassen J, Hirsch LJ, Emerson RG, et al. Continuous EEG monitoring and midazolam infusion for refractory nonconvulsive status epilepticus. *Neurology* 2001; 57(6):1036-42.

### Obstetria

## QUAL É O RISCO FETAL/NEONATAL EM GESTAÇÕES COM OLIGODRAMNIA NO TERCEIRO TRIMESTRE?

Tradicionalmente, a oligoidramnia é considerada importante sinal de risco potencial aos indicadores de saúde perinatal, tanto nas taxas de morbidade quanto nas de mortalidade. Além das anomalias urológicas fetais (como a agenesia renal e obstruções do trato urinário) e a rotura prematura das membranas ovulares, a oligoidramnia tem como fator etiológico a insuficiência placentária. Após a 20ª semana de gestação, a produção de líquido amniótico se deve predominantemente à diurese fetal que sofre grande influência do processo de centralização da hemodinâmica fetal, ocorrência muito precoce nas gestações de termo, quando há hipoxemia fetal. Desde o advento da ultrasonografia e, subseqüentemente, consolidação do Índice de Líquido Amniótico (ILA) como melhor método propedêutico para a avaliação desse parâmetro biofísico, utiliza-se essa anormalidade volumétrica do líquido amniótico como marcador crônico do sofrimento fetal. Embora não haja questionamentos persuasivos sobre os critérios de classificação do volume de líquido amniótico pelo método semiquantitativo (ILA), a interrupção da gestação baseada na oligoidramnia como achado isolado tem sofrido acirradas críticas. Vários pesquisadores<sup>2,3</sup> têm considerado a oligoidramnia ominosa apenas nos casos patológicos que cursam com restrição do crescimento fetal ou quando há alterações cardiotocográficas significativas

(desacelerações graves). Driggers et al., 2004, estudam 131 gestações com oligoidramnia (ILA = 5 cm) e comparam com 131 gestações com ILA > 5 CM, portanto, normais. A idade materna foi semelhante em ambos os grupos ( $25,7 \pm 6,9 \times 27,3 \pm 7,4$  anos) assim como a idade gestacional no nascimento ( $37,6 \pm 3,0 \times 37,7 \pm 3,0$  semanas). Todos os partos ocorreram no intervalo de até sete dias. O ILA no grupo de estudo foi de  $3,0 \pm 1,5$  cm e no controle de  $10,7 \pm 4,0$  cm. Na avaliação dos resultados neonatais, não houve diferença significativa nos seguintes parâmetros: peso no nascimento ( $2897 \pm 810$  g  $\times$   $2762 \pm 788$  g), pH de artéria umbilical no nascimento < 7,20 e < 7,10, Excesso de Bases, Índices de Apgar, tempo de permanência no berçário, taxas de angústia respiratória, morbidade neurológica e enterocolite necrotizante. Não foram observados óbitos fetais e neonatais. Entre as situações patológicas gestacionais, a restrição do crescimento fetal foi muito mais freqüente no grupo de estudo ( $12,2\% \times 1,5\%$  -  $p=0,0009$ ). Outros estudos demonstram a mesma tendência, entretanto, enfatizam a importância dos sinais de compressão funicular revelada pelas desacelerações variáveis (DIPs umbilicais) na cardiocografia anteparto (incidência maior de acidemia no nascimento).

Desta forma, fica claro que na ocorrência de oligoidramnia (ILA < 5,0 cm), nas gestações de terceiro trimestre, quando não

acompanhada de outras alterações, notadamente as cardiocográficas, não há premência na resolução obstétrica. Portanto, próximo ao termo com maturidade fetal assegurada, especialmente, quando há expectativa favorável e desejo materno no parto por via vaginal, pode-se permitir de forma conveniente a conduta expectante, com a prudência de se efetuar avaliações do bem-estar fetal em intervalos que não devem ultrapassar uma semana. Da mesma forma, na prematuridade extrema, uma situação de maior gravidade, se assente tolerar o avanço da gestação para propiciar o nascimento em idades gestacionais de melhor porvir.

**SEIZO MIYADAHIRA**

**ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA**

**MARCELO ZUGAIB**

#### Referências

1. Driggers, RW; Holcroft, JH; Blakemore, KJ; Graham, EM. An amniotic fluid index = 5 cm within 7 days of delivery in the third trimester is not associated with decreasing umbilical arterial pH and Base Excess. *Journal of Perinatology* 2004; 24:72-76.
2. Magann, EF; Doherty, DA; Field, K; Chauhan, SP; Muffey, PE; Morrison, JC. Biophysical profile with amniotic fluid volume assessment. *Obstet Gynecol* 2004; 104:5-10.
3. Morris, JM; Thompson, K; Smithey, J; Gaffney, G; Cooke, I; Chamberlain, P. et al. The usefulness of ultrasound assessment of amniotic fluid in predicting adverse outcome in prolonged pregnancy: a prospective blinded observational study. *BJOG* 2003; 110:989-94.