

Luís Delgado, Carlos Cuesta, Marianela Vaz
Unidade de Imunoalergologia, Serviço de Imunologia.
Hospital de S. João/Faculdade de Medicina do Porto. Porto.

Resposta:

Senhor Director - Pudemos ler com gosto a carta supra, recolhendo com muito interesse a informação científica que contém. Não conseguimos, contudo, perceber o que tem a ver essa carta com o artigo a que se refere.

No nosso artigo apresentámos resultados do estudo sobre a prevalência da asma no Porto, utilizando uma amostra da população das freguesias de Paranhos e Bonfim, de acordo com o protocolo publicado e previamente testado¹. Preocupou-nos a taxa elevada de mudanças de residência (1248 em 4047 indivíduos) e a sua hipotética influência nos resultados. Para atenuar esse eventual *bias* aplicámos o mesmo inquérito a todos os indivíduos deslocados que conseguimos localizar e verificámos que a prevalência da asma era semelhante nesse grupo, ainda que muito reduzido.

Nesse complemento do estudo foi-nos sugerido pela coordenação central do projecto do *European Community Respiratory Survey* para anular possíveis críticas de epidemiologistas. Contudo em trabalho separado e posterior, incidente sobre 19585 indivíduos de idades compreendidas entre 10 a 20 anos de idade, de todas as escolas secundárias do Porto não foram encontradas diferenças de prevalência da asma entre as regiões da cidade do Porto (Barros et al 1993).

Quanto à informação que os autores da carta precedente nos fornecem sobre os seus trabalhos, importa distinguir entre diferenças regionais da resposta a um determinado alérgico e diferenças regionais da atopia. Com efeito, a definição de atopia significa a resposta a qualquer alérgico independentemente da sua natureza, sendo possível que as variações regionais aos alérgenos particulares se equilibrem, não representando variações da atopia. Por estas razões, como consideramos estas informações da maior utilidade e preferimos sempre números nacionais, utilizaremos os trabalhos de grupo de Delgado L et al, como referência para o desenho de trabalhos.

1. ALVES J, MAGALHÃES A, ALMEIDA J, HESPAHOL V, MESQUITA A, COELHO M, MAIA J, MARQUES JA: Epidemiologia da asma. Que metodologia? *Arq med* 1991; 5(2): 97-99

José Alves, João Almeida, Agostinho Marques
Serviço de Pneumologia. Faculdade de Medicina do Porto/
Hospital de S. João. Porto

Carta Relativa ao Artigo o Papel do Ensino Formal no Treino dos Investigadores. Ensino Pós-Graduado Doutoramentos e Outros Figurinos (*Acta Med Port* 1993; 6: 617-623).

Senhor Director: Os meus cumprimentos ao Colega H. Gil Ferreira pelo seu artigo O PAPEL DO ENSINO FORMAL NO TREINO DOS INVESTIGADORES

A análise feita, que partilho na generalidade desde há anos, revela lucidez e coragem.

Infelizmente, como diz o autor de forma indirecta, o sistema universitário vigente é auto-perpetuante, não conseguindo eu vislumbrar de onde vira o estímulo suficientemente poderoso para desencadear a dinâmica de mudança.

Os Ingleses tem um aforismo que resume humoristicamente aquilo que penso: *You never saw Turkeys vote for an early christmas...**

*Nunca se viu os perus votarem pela antecipação do Natal...

Apendicite Aguda

Senhor Director: No número 1 da ACTA MÉDICA PORTUGUESA é publicada uma carta minha sobre Apendicite Aguda que contem uma incorrecção importante.

Com efeito, onde está escrito que *as possibilidades da ecografia nesta patologia já podem ser consideradas controversas*, deveria estar exactamente o contrário: o interesse da ecografia, de tão cabalmente demonstrado, já não é susceptível de discussão.

Explicitando, acontece que os motivos que dão origem a exames ecográficos duvidosos não são os mesmos que tornam uma situação clínica ou laboratorialmente duvidosa: é por isso que a ecografia nas apendicites duvidosas é tão eficaz.

No mesmo número da ACTA, é publicada uma carta do Colega Aragão Rio que aborda a Pato-fisiologia e a história natural da apendicite de uma forma digamos que clássica - mas que me parece questionável.

Resumida e simplificadamente, esta concepção dizia que a Apendicite Aguda era um processo de evolução praticamente sistemática para a perfuração e gangrena, quando não operada; citando Aragão Rio - *A Apendicite que se curava com gelo era a apendicite apenas linfoide, sem coprolito*.

No entanto, até agora não podíamos avaliar com segurança a história natural da apendicite aguda, por falta de um método diagnóstico prático e eficaz e que não interferisse com a evolução da doença, falta que os modelos experimentais no animal não podiam substituir.

O advento da ecografia, suprimindo a carência apontada, esta a indicar um quadro substancialmente diferente para a história natural da apendicite.

A experiência comum de ecografistas de vários pontos do mundo que se dedicam a esta área desde há vários anos é a seguinte:

A generalidade dos casos de diagnósticos ecográficos positivos de apendicites clinicamente duvidosas são operados, confirmando-se a interpretação ecográfica. Por outro lado, por motivos fortuitos variados, acontece que algumas apendicites ecograficamente *indiscutíveis* não são submetidas a cirurgia. Ora nestes casos, constata-se que, enquanto uns sofrem a evolução clássica atrás apontada, um número muito substancial, mesmo sem antibióticos, tem soluções rapidamente favoráveis, chegando a desaparecimento total das alterações clínicas, ecográficas e laboratoriais em cerca de uma semana. As causas fortuitas que levam uma apendicite ecograficamente diagnosticada a não ser operada são tão diversas como falta de vagas no bloco, falta de cirurgião disponível, recusa do doente, etc.

Assim, seria altamente improvável que a mera coincidência levasse a que aquelas que são operadas correspondessem aos acertos ecográficos enquanto as não operadas incluíssem a generalidade dos erros. Embora seja cedo para tirar conclusões definitivas, parece muito mais provável que a diversidade evolutiva da verdadeira apendicite aguda seja muito maior do que antigamente se supunha.

Meses ou poucos anos após o episódio agudo de suspeita apendicite não operada, um número importante destes doentes volta a ter situação clínica semelhante, sendo então geralmente operados, com demonstração de apendicite aguda; mas também acontece que um pequeno número destes doentes, operados por outras razões, têm revelado apêndices completamente fibrosados, que indiciam ter sido naturalmente obtida a cura completa do processo.

É claro que tudo isto pode ter importantes implicações na abordagem diagnóstica e terapêutica.

Não seria, no entanto, a primeira vez que o processo das técnicas de imagem viria modificar radicalmente conceitos fisiopatológicos clássicos.

Cansado Carvalho
Hospital Particular. Lisboa

Resposta:

A respeito da carta escrita pelo Colega Cansado Carvalho tenho a fazer as seguintes considerações:

1º Concordo com a atitude de questionar novamente.

- *Da Discussão nasce a Luz!*

2º Pelo comentários que faz, mais me confirmou a ideia que eu tinha = APENDICITE DIAGNOSTICADA = APENDICITE OPERADA...

Jamais adiar. Considero responsabilidade médico-legal o não operar uma apendicite.

3º Mais uma vez confirmou pelo o que escreve que a decisão clínica correcta é soberana sobre qualquer exame laboratorial.

4º Como cirurgião Geral e de crianças que fui, agradeço mais este contributo.

5º Aconselho-o a ler o artigo do meu Professor que citei - *Apendicite Aguda Experimental* -, vai ver que vale a pena.

1P.S.- Como jovem médico comuniquei ao Cirurgião de Serviço (em Lourenço Marques) que um doente se encontrava nas Urgências e me parecia ter Apendicite Aguda, mas que o leucograma só dava 4000 gl.br.

- Vamos operar - disse-me ele, (Eles) só sabem contar até 4000 (SIC)

2P.S. - Operei um jovem por Oclusão Intestinal. Causa: três bridas atravessando toda a cavidade abdominal, partindo de um apêndice sem apendicite naquele momento. Tinha sido uma apendicite linfoide.

É por estas vivências todas que eu considero quase criminoso, não operar uma *suspeita* de apendicite.

3º P.S. - Volto a repetir que o Colega fez bem em escrever, novamente, a dizer o que lhe vai na alma. Todos aprendemos com isso. Muito obrigado.

J A Aragão Rio
Cirurgião Pediatra