

A UTILIDADE DA ULTRASSONOGRAFIA NUMA U.C.I.

Pensava que actualmente não existissem dúvidas quanto á utilidade da ultrasonografia como meio de diagnóstico ligado a urgência e particularmente a uma unidade de cuidados intensivos. Foi, pois, com alguma surpresa que li o artigo no *Intensive Care Medicine* de Agosto de 1993 *Intensive use of general ultrasound in intensive care unit*.

A Unidade de Urgência Médica do Hospital de São José, desde 1985, possui um ecógrafo Aloka 720 SSD, munido de sondas sectoriais de 3.5 MHz, 3MHz e 5 MHz. Foram executadas 4.500 ultrasonografias abdominais e outras tantas cardíacas por médicos que trabalham exclusivamente nesta unidade.

Só farei aqui, referência á ultrasonografia abdominal, que é a que executo.

A ultrasonografia de urgência é um exame que se realiza em condições particulares. A sua realização é requerida de forma imediata, sem marcação, sem preparação do doente e quem pede o exame espera o resultado rápidamente de forma a pode-lo incluir na marcha diagnóstica e terapêutica. Na ultrasonografia de urgência faz-se sempre uma tentativa de avaliação com o espectro mais amplo possível nas condições particulares de cada doente e que varia de caso a caso.

É útil porque:

— Vai à cabeceira do doente, o que num doente ventilado, monotorizado, muitas vezes hemodinamicamente instável se torna um exame sem risco e que pode ser executado em simultâneo, em casos de extrema urgência, com medidas de reanimação.

— Pode estabelecer de imediato um diagnóstico, como aconteceu numa doente em choque em que foi diagnosticado uma rotura de quisto hidático ou noutra doente com um A.R.D.S. em que a ultrasonografia revelou necrose de um tumor da suprarenal. Foram vários os doentes em que a ultrasonografia revelou o ponto de partida de um choque séptico.

— Afirma ou não a hipótese diagnóstica mais provável. Na maioria dos casos quando é executada temos já uma hipótese diagnóstica que queremos ver ou não confirmada. Nos doentes com insuficiência renal a ultrasonografia confirmou-nos se era obstrutiva, aguda ou crónica. O mesmo se passou em doentes com ictericia em que a ultrasonografia determinou se era de causa obstrutiva ou não.

— Pode ser repetida as vezes que forem necessárias e assim podemos seguir a evolução de muitas pancreatites agudas e detectar precocemente as complicações ou seguir a evolução de hematomas subcapsulares do fígado, baço e rim. Pesquisamos sistematicamente sinais de colecistite alitiásica que foi muito menos frequente do que está descrito na literatura.

— Estabelece *otiming* de algumas intervenções cirúrgicas por poder ser feito o controlo da situação ou quando não foi possível a execução de TAC abdominal, a ecografia pôde num número considerável de situações, detectar abscessos abdominais encaminhando o doente para a drenagem cirúrgica ou percutânea. Saliento ser habitual, no caso dos abscessos intrabdominais, ser executada a TAC no sentido de se detectar outras colecções que eventualmente não foram visualizadas na ecografia.

— Diminui o risco de algumas medidas invasivas, indicando o local seguro para uma paracentese abdominal, ou o grau de hidronefrose na colocação de uma nefrostomia percutânea. É muitas vezes difícil avaliar a extensão de uma derrame pleural no RX de torax feito com o doente deitado e tem sido a ecografia que tem estabelecido as suas dimensões, determinando se o derrame é septado e qual o local indicado para a colocação da drenagem torácica.

— Sugere o meio de diagnóstico mais adequado que habitualmente é a TAC mas que já mostrou ser a RMN quando se detectou a existência de trombose da veia cava inferior.

— Revela alterações que não têm a ver com o motivo porque foi pedida a ultrasonografia. Muitos destes achados tem importância clínica menor, como são os derrames pleurais detectados em 90% dos doentes operados ao andar superior do abdómen, quistos renais simples ou os quistos biliares. Já com importância clínica têm sido detectados litíase da vesícula e litíase renal em 12% e 6% respectivamente. Por vezes surgiram situações que tiveram impacto directo no plano diagnóstico e terapêutico, como por exemplo, metástases hepáticas, aneurismas da aorta abdominal, quistos hidáticos e um tumor renal que posteriormente se confirmou ser um hipemefroma.

Quero dar uma ênfase especial aquilo que eu chamo *funções menores* da ultrasonografia que considero importantes pela frequência com que tem resolvido problemas evitando tempos de espera e outras medidas invasivas. A visualização de uma algália e a percepção que a queda do débito urinário tem apenas a ver com a algália obstruída, a detecção de estase gástrica por mau posicionamento da sonda gástrica ou a deslocação de um tubo de drenagem.

Deve ficar bem claro que a ultrasonografia é um exame complementar de diagnóstico e foi sempre nossa preocupação ao longo destes anos confirmar os resultados obtidos com outros métodos de diagnóstico como a TAC, cirurgia e resultados de autópsia. Por vezes foi a evolução clínica que nos mostrou a validade dos resultados obtidos.

Procurámos sempre integrar os resultados obtidos na história clínica, observação e relacionar com os outros exames complementares.

Também penso não existirem dúvidas quanto às limitações da ultrasonografia. Depende em primeiro lugar de quem a executa, a imagem que se fixa muitas vezes tem pouco a ver com a imagem em movimento. Nos nossos doentes em que não existe colaboração nem preparação, torna-se difícil a visualização de algumas estruturas, temos que recorrer a cortes intercostais e oblíquos de interpretação difícil e por vezes impossível.

É nossa intenção dar a conhecer a nossa experiência mas a leitura do artigo que referi obrigou-me a esta reflexão.

MARIA DO CARMO PERLOIRO
Hospital de S. José. Lisboa.