

por uma secreção lenta e contínua de insulina, situação que até agora só poderia ser mimetizada pela infusão contínua de insulina, já que as insulinas NPH, Lenta e Ultralenta apresentam picos. Tal feito é conseguido com a insulina Glargina (*Lantus* - Aventis) produzida por tecnologia de DNA recombinante através de duas modificações: troca da asparagina por glicina na posição A21 e adição de duas moléculas de arginina na porção amino terminal da cadeia B. Tem início de ação em 2 a 4 horas, não produz pico e dura pelo menos 24 horas. Hipóteses preliminares de que com o seu uso haveria mais retinopatia e mitogenicidade não foram confirmadas. Comparando com a NPH, gerou glicemias de jejum menores, menos episódios de hipoglicemia e menor ganho de peso.

O uso otimizado seria Glargina na hora de dormir e Lispro às refeições.

Qual o papel dos análogos de insulina nos quadros emergências?

Na cetoacidose diabética e na descompensação hiperosmolar deve-se continuar usando insulina regular intravenosa ou intramuscular, e somente após a compensação inicial, quando o paciente estiver se alimentando, pode-se optar por Lispro ou Aspart para cobrir as refeições (o que habitualmente é feito pela regular) e Glargina para manter a insulinemia basal (o que habitualmente é feito pela NPH ou Lenta), sempre por via subcutânea.

PAULO ROBERTO CORRÊA HERNANDES

Leituras recomendadas

1. Buse BB. Insulin analogues. *Curr Opin Endocrinol Diabetes* 2001;8:95-100.
2. Bolli GB, Owens DR. Insulin glargine. *Lancet* 2000; 356:443-5.
3. Hirsch IB, Farkas-Hirsch R. Intensive treatment of type I diabetes. *Med Clin North Am* 1998; 82:689-719.

Ginecologia

A VIDEOLAPAROSCOPIA DEVE SER USADA ROTINEIRAMENTE NA AVALIAÇÃO DO CASAL INFÉRTIL?

A propedêutica básica do casal infértil inclui a avaliação das tubas uterinas, que pode ser feita através da histerosalpingografia

(HSG), videolaparoscopia (VLP) e histerosonografia. Tradicionalmente, a HSG é inicialmente realizada permitindo não só a avaliação da permeabilidade tubárea como também da cavidade uterina. A VLP, por sua vez, é um método superior na detecção de patologia tubo-peritoneal, além de possibilitar a combinação do procedimento diagnóstico com o terapêutico em um mesmo tempo cirúrgico. Apresenta limitações, todavia, na avaliação da obstrução tubárea proximal e de aderências intratubáreas.

Não parece haver dúvidas quanto à necessidade de se realizar a VLP se a HSG encontra-se alterada, mas não está estabelecida a sua utilidade na presença de HSG normal. Alguns autores indicam a VLP para excluir a existência de aderências peritubáreas e endometriose, reduzindo-se desta forma a incidência de esterilidade sem causa aparente (ESCA) de 10% para 3,5%.

A literatura mostra que na presença de uma HSG normal, a probabilidade de se encontrar uma alteração tubárea relevante ou um grau de endometriose que necessite tratamento é tão baixa que a VLP se faz desnecessária. Se os resultados da HSG são suspeitos, a VLP revelará alterações em mais de 2/3 dos casos com mais da metade apresentando doença pélvica moderada à grave. Na presença de uma HSG anormal, a probabilidade de se encontrar alterações a VLP sobe para 93,5%, sendo 81,7% dos casos de acometimento pélvico moderado à grave.

Alguns autores sugerem a classificação das pacientes, conforme sua história pregressa, exame ginecológico e duração da infertilidade, em grupos de baixo e alto risco. Recomenda-se no grupo de alto risco (história prévia de doença inflamatória pélvica ou cirurgias pélvicas exame pélvico alterado e HSG suspeita ou anormal) a VLP deve ser incluída na avaliação inicial, podendo ser postergada nas pacientes de baixo risco.

Parece lógico, desta forma, propor algumas questões antes de se indicar uma VLP:

1. Qual a probabilidade de se encontrar uma alteração?
2. Que alterações podem ser previstas?
3. O cirurgião possui habilidade/competência para corrigir alterações porventura existentes?

4. A correção da(s) patologia(s) existentes afeta o prognóstico da paciente e/ou o tratamento proposto?

MÁRCIA MENDONÇA CARNEIRO

AROLD FERNANDO CAMARGOS

Referências

1. Petrozza, JC. The role of diagnostic laparoscopy in evaluation of infertility. *Infert Reprod Clin North Am* 1997;8:327-35.
2. Evidence-Based Reproductive Medicine in daily practice. American Society for Reproductive Medicine. Annual Meeting Post-graduate Program. Orlando; 2001.
3. Fatum M, Laufer N, Simon A. Investigation of the infertile couple: should laparoscopy be performed after normal hysterosalpingography in treating infertility suspected to be of unknown origin? *Hum Reprod* 2002;17:1-3.

Medicina Baseada em Evidências

CORTICÓIDE PARA TODAS AS MENINGITES?

A taxa de mortalidade e as seqüelas neurológicas entre pacientes adultos com meningite bacteriana, especialmente a meningite pneumocócica, continuam altas, mesmo com a utilização de terapia antimicrobiana adequada e com a esterilização líquórica em 24-48 horas. O que fazer para mudar esse panorama assustador?

Gans e Van de Beek realizaram um estudo sobre o uso da dexametasona na meningite bacteriana no adulto. Esse estudo clínico multicêntrico, prospectivo, randomizado, duplo-cego, utilizou em 157 pacientes dexametasona 10 mg endovenoso de 6/6 horas durante 4 dias e no outro grupo de 144 pacientes, um placebo, com o objetivo de avaliar a evolução neurológica dos pacientes com meningite bacteriana por um período de oito semanas. O corticóide era administrado 15-20 minutos antes ou concomitante à infusão do antibiótico para o tratamento da meningite.

Os resultados foram muito interessantes, demonstrando uma diminuição de mortalidade nos pacientes com meningite bacteriana aguda, que receberam dexametasona, com maior benefício para os pacientes com meningite pneumocócica. Para meningites por

outros agentes (*Neisseria meningitidis* e outros agentes) não houve diferença estatisticamente significativa. O tratamento com dexametasona não aumentou o risco de hiperglicemia e complicações gastrointestinais.

Devemos prestar atenção que neste estudo, 72% das meningites eram causadas por *Streptococcus pneumoniae*, todos sensíveis à penicilina, com concentração inibitória mínima menor do que 0,1 µg/mL. Esse é um padrão de sensibilidade diferente do nosso meio em que temos pneumococos com resistência completa ou resistência intermediária à penicilina. Podemos necessitar, nestes casos, de cefalosporinas de terceira geração ou até de associação com vancomicina e podemos ter problemas com a penetração dessa droga pela barreira hemato-encefálica com o uso do corticóide.

ALEXANDRE MARRA

LUIZ FERNANDO ARANHA CAMARGO

Referência

Gans J, Van de Beek D, for the European Dexamethasone in Adulthood Bacterial Meningitis Study Investigators. Dexamethasone in adults with bacterial meningitis. *N Engl J Med* 2002;347(20):1549-56.

Obstetria

AS REPERCUSSÕES DO DIABETES MELITO NO FETO ALTERAM O SEU PROGNÓSTICO A LONGO PRAZO?

O diabetes melito diagnosticado antes ou durante a gestação cursa com pior prognóstico materno e fetal, principalmente pelo incremento das taxas de abortamento espontâneo, malformações congênitas, óbito fetal, macrosomia, prematuridade, distúrbios metabólicos e respiratórios do neonato. No entanto, estudos demonstram que a exposição do feto ao descontrole metabólico materno pode evoluir com implicações no desenvolvimento físico e intelectual dessa criança. Os filhos de mães diabéticas apresentam, a longo prazo, anormalidades relacionadas ao descontrole glicêmico a que foram submetidos durante a gestação. Recém-nascidos grandes

para a idade gestacional têm maior risco para obesidade na infância e adolescência. Em estudo realizado por Silverman¹, o crescimento dos filhos de mães diabéticas permanece semelhante à população geral até os 12 meses, apesar da maior incidência de macrosomia ao nascimento. Entretanto, o peso dessas crianças aumenta de forma significativa após os cinco anos de vida, sendo que 50% delas tornam-se obesas aos oito anos de idade. Não se pode, entretanto, afirmar que essa incidência aumentada de obesidade se deva exclusivamente a fatores da vida intra-uterina, e não a questões ambientais¹. São relatadas anormalidades no metabolismo da glicose nos descendentes de mães diabéticas, de forma que a intolerância à glicose na adolescência associa-se à maior concentração de insulina no líquido amniótico^{2,3}. Outra alteração descrita refere-se a maiores valores de pressão arterial entre a infância e a idade adulta⁴. O desenvolvimento do diabetes tipo I resulta da combinação de fatores como: susceptibilidade genética, destruição auto-imune crônica das células β e eventos desencadeantes desconhecidos. A incidência de diabetes nos descendentes de mães diabéticas varia entre 2% e 6%, podendo apresentar, em até 30% dos casos, a intolerância à glicose¹. A susceptibilidade genética ao diabetes insulino-dependente parece ser poligênica, com maior transmissão parental pelo pai que pela mãe (4,1% a 6% versus 1,3% a 1,7%)¹. Já em relação ao desenvolvimento mental, os dados são ainda conflitantes. Enquanto alguns autores não encontraram anormalidades no desenvolvimento de tais crianças, alguns estudos demonstram piora da performance intelectual, relacionada com a presença de cetonúria, ácidos graxos livres e b-hidroxibutirato³. Desta maneira, a melhora do controle metabólico durante a gestação pode ser importante não só para redução da morbidade neonatal a curto-prazo, mas também para favorecer desenvolvimento físico e mental adequados em longo prazo⁴. Os efeitos do diabetes sobre o produto conceptual é resultado de alterações metabólicas fetais desencadeadas pelos fenômenos hiperglicemiantes, principalmente naquelas com descontrole metabólico evidente. O adequado controle glicêmico, tanto no período periconcepcional, como durante toda

a gravidez, é fator decisivo para um resultado perinatal adequado, que se assemelhe ao observado em gestações normais.

ROSELI MIEKO YAMAMOTO NOMURA

CARLOS ALBERTO MAGANHA

MARCELO ZUGAIB

Referências

1. Silverman BL, Rizzo T, Green OC, Cho NH, Winter RJ, Ogata ES, et al. Long-term prospective evaluation of offspring of diabetic mothers. *Diabetes* 1991;40 (Suppl 2):121-5.
2. Silverman BL, Metzger BE, Cho NH, Loeb CA. Impaired glucose tolerance in adolescent offspring of diabetic mothers. Relationship to fetal hyperinsulinism. *Diabetes Care* 1995;18:611-7.
3. Rizzo T, Metzger BE, Burns WJ, Burns K. Correlations between antepartum maternal metabolism and intelligence of offspring. *N Engl J Med* 1991; 325:911-6.
4. Cho NH, Silverman BL, Bernard L, Rizzo TA, Metzger BE. Correlations between the intrauterine metabolic environment and blood pressure in adolescent offspring of diabetic mothers. *J Pediatr* 2000;136:587-92.

Pediatria

A VIDEOTORASCOSCOPIA TEM INDICAÇÃO NO TRATAMENTO DO EMPIEMA PLEURAL NA CRIANÇA?

Nos últimos 10 ou 12 anos, o recurso da videocirurgia trouxe inquestionáveis vantagens no tratamento de várias afecções, em adultos e crianças, particularmente a colecistite crônica calculosa e a doença do refluxo gastroesofágico. Com a maior experiência dos cirurgiões na utilização deste recurso, passou-se a utilizar a videocirurgia em afecções da cavidade torácica e destas, o empiema pleural para-pneumônico. Quanto a esta afecção, deve-se lembrar a grande frequência em crianças em nosso meio, e o principal aspecto a ser considerado refere-se às marcantes diferenças em relação aos adultos. A evolução de crianças com brocopneumonia e empiema pleural é, de modo geral, mais benigna, e com excelente resposta apenas ao tratamento com antibióticos e