

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.

Obstetrícia

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

punção e/ou drenagem pleural. O que de fato se observa em crianças é que, após a drenagem pleural, por vezes persiste imagem radiográfica sugestiva de acentuado espessamento pleural, ausência de expansão pulmonar, pequenos derrames septados ou mesmo retração intercostal e deformidade torácica. Todas estas alterações regridem após 2 a 3 meses, sem qualquer intervenção cirúrgica, diferente de pacientes adultos¹. Deve-se enfatizar que na evolução do empiema pleural na criança não há correspondência entre imagem radiográfica e quadro clínico. Alterações radiográficas significativas não devem ser interpretadas como situações de preocupação e, portanto, com indicação cirúrgica. Na prática clínica, tenho observa-

do várias crianças com empiema pleural serem tratadas por cirurgiões com pouca experiência, que indicam precocemente a videotoracoscopia, com base em trabalhos científicos, cuja única conclusão é que o procedimento diminui o período de internação hospitalar². Após mais de 30 anos de experiência no tratamento de empiema pleural em crianças, conclui que a videotoracoscopia não tem qualquer papel de valor. O que se observa, de fato, é que muitos cirurgiões, particularmente aqueles com experiência limitada aos adultos, “forçam” a indicação do procedimento em crianças, que se revela absolutamente desnecessário. A realização de toracotomia (não videotoracoscopia) após broncopneumonia e empiema na

criança deve ser considerada apenas tardiamente, após 2 ou 3 meses de evolução, em casos em que não ocorre expansão pulmonar, em decorrência de destruição de um lobo ou segmentos pulmonares pelo processo infeccioso. Tais situações são excepcionais e representam menos de 2% dos casos.

UENIS TANNURI

Referências

1. Tannuri U. Management of parapneumonic collections in infants and children. Letter. J Pediatr Surg 2001; 36:537
2. Doski JJ, Lou D, Hicks BA, Megison SM, Sanchez P, Contidor M, et al. Management of parapneumonic collections in infants and children. J Pediatr Surg 2000; 35:265-70