

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