

Prentice D, Sauer S, et al. A randomized, controlled trial of protocol-directed versus physician-directed weaning from mechanical ventilation. *Crit Care Med* 1997; 25(5): 567-74.

## Ginecologia

### NEOVAGINA: DILATAÇÃO PROGRESSIVA OU CIRURGIA?

M.J.R., 17 anos, branca, procedente de Minas Gerais, estudante. A menor procurou ginecologista em sua cidade, há um ano, por não ter menstruado até a presente idade e também por ter tentado manter relação sexual algumas vezes, sem sucesso. O profissional fez diagnóstico de agenesia vaginal e encaminhou-a para o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para a realização de neovagina.

Exame físico da 1ª consulta: altura 1,68 m, peso 53 kg, diferenciação morfológica feminina compatível com a idade. Exame ginecológico mostrou mamas desenvolvidas (Tanner V), pêlos sexuais desenvolvidos (Tanner V), abdome n.d.n, órgãos sexuais externos: formações labiais e clitóris normais, vestibulo vulvar com meato uretral normal, ausência de hímen e vagina, com presença apenas de fosseta do 1/3 distal com 2 x 2 cm. Toque retal não realizado. A paciente trouxe os seguintes exames: ultra-som pélvico com ausência de imagem uterina e de vagina, ovário direito 3,3x1,4x1,3 cm e ovário esquerdo com 2,3x2,2x1,5 cm; Ultra-som de vias urinárias: rim pélvico esquerdo de volume diminuído e rim pélvico com volume normal à direita. Dosagens plasmáticas: FSH 7,4 mUI/ml; LH 12,3 mUI/ml e estradiol 111 pg/ml. Cromatina sexual positiva e cariótipo leucocitário 46, XX.

A avaliação do caso confirmou o diagnóstico de ginatresia não obstrutiva (agenesia útero-vaginal) e indicou-se a neovagina pela técnica de dilatação progressiva de Frank. Após seis meses de tratamento, observou-se vagina de 4 cm por 8 cm de profundidade, referindo a paciente atividade sexual, com penetração normal, libido e orgasmo presentes.

Este caso leva a duas reflexões importantes: a primeira, que o diagnóstico de portadoras de amenorréia primária com diferenciação sexual normal pode ser feita somente pelo

ultra-som pélvico e de vias urinárias (associação de malformações em 30% dos casos) não necessitando outros exames que onerem a propedêutica sem qualquer benefício. A segunda reflexão relaciona-se ao tratamento, pois havendo fosseta vaginal, mesmo que mínima, permite utilizar a técnica de Frank, que é muito mais simples e praticamente desprovida de complicações, podendo ser realizada em qualquer idade. Deve-se indicar técnicas cruentas como a de McIndoe apenas para os casos de ausência total de vagina, como nos casos de pseudo-hermafroditismo masculino, pois nestas técnicas as complicações são significativas, principalmente estenose, só devendo ser realizadas quando a menina já estiver com órgãos genitais desenvolvidos e preferencialmente quando houver desejo de iniciar a atividade sexual.

VICENTE RENATO BAGNOLI

ANGELA MAGGIO DA FONSECA

PAULO AUGUSTO DE ALMEIDA JUNQUEIRA

#### Referência

1. Lodovici O, Bagnoli VR, Fonseca AM, Halbe HW, Pinotti JA. Princípios básicos do tratamento cirúrgico. In: Bagnoli VR, Fonseca AM. Malformações genitais congênitas. São Paulo: Ed. Roca; 1993. p. 205-37.

## Medicina Baseada em Evidências

### QUANDO TRATAR INFECÇÕES FÚNGICAS À BEIRA DE UM LEITO DE UMA UTI?

A pergunta de quando tratar uma infecção fúngica à beira do leito de uma terapia intensiva, além de ser difícil de se responder, é uma prática clínica difícil de ser realizada. O isolamento de *Candida* spp em secreção traqueal deve receber fluconazol? E se for na urina? Se não fizer bem, mal não faz. São sempre as mesmas perguntas e as mesmas respostas de quem os prescreve nas situações descritas acima.

Quando há isolamento de *Candida* spp na corrente sanguínea, por estar associado frequentemente à evidência clínica de sepse e alta mortalidade, deve ser instituído rapidamente o tratamento antifúngico<sup>1</sup>. Se formos

seguir as recomendações do IDSA (Infectious Diseases Society of América)<sup>2</sup>, devemos utilizar anfotericina B ou fluconazol endovenoso para terapia empírica de pacientes não neutropênicos com suspeita de candidíase disseminada se houver isolamento de *Candida* em mais de dois locais (aí sim secreção traqueal), além de outros fatores de risco para candidemia<sup>3</sup>, como por exemplo, terapia antimicrobiana, presença de cateter central e hemodiálise, em pacientes que apresentam febre e não exista outra explicação.

Ou seja, não é o simples fato do isolamento deste patógeno em outros locais que nos obriga a utilizar uma droga que possa ser nefrotóxica ao paciente (anfotericina B) ou uma outra droga que possa ter menos efeitos colaterais, mas induzir resistência a várias espécies de *Candida*, principalmente as não-albicans.

Uma minoria de pacientes com candidúria apresentam infecções sistêmicas com envolvimento renal adquirido por via hematogênica. Em estudo randomizado, duplo-cego, placebo, utilizando fluconazol para o tratamento de candidúria assintomática<sup>4</sup>, verificou-se que o fluconazol é eficaz e seguro para o tratamento por 14 dias para a erradicação da candidúria, porém os pacientes que receberam fluconazol ou placebo tiveram taxas de candidúria semelhantes após as duas semanas de tratamento. Fato interessante é que esta se resolveu espontaneamente em 40% dos pacientes que tiveram a retirada ou a troca do cateter vesical.

Finalizando, esta é uma decisão que ainda é difícil de ser tomar à beira do leito, porém já existem evidências como podemos ver para quando não tratar uma suspeita de infecção fúngica.

LUIZ FERNANDO ARANHA CAMARGO

ALEXANDRE MARRA

#### Referências

1. Wey SB, Mori M, Pfaller MA, Woolson RF, Wenzel RP. Hospital acquired candidemia: the attributable mortality and excess length of stay. *Arch Intern Med* 1988; 148:2642-5.
2. Rex JH, Walsh TJ, Sobel JD, Filler SG, Pappas PG, Dismukes WE, et al. JE. Practice Guidelines for the treatment of Candidiasis. *CID* 2000; 30:662-78.
3. Wey SB, Mori M, Pfaller MA, Woolson RF,