

Comentário

Não infreqüente, os ginecologistas se deparam com queixas estéticas relacionadas ao volume, flacidez e posição da região vulvar.

Definida como hipertrofia dos pequenos lábios, esta afecção apresenta etiologia desconhecida na maioria dos casos; no entanto, há fatores relacionados à sua gênese, como a infecção por *Filaria sanguinis hominis*, os fatores hormonais como o uso de androgênios na infância, os traumas repetidos na região e a tração progressiva dos pequenos lábios^{2,3}.

Independente da etiologia, a hipertrofia pode causar desconforto físico e psicológico; a irritação local, o desconforto sexual, a limitação para prática esportiva e as alterações estéticas são comumente referidas como queixas pelas mulheres²⁻⁵.

Apesar das habituais queixas clínicas manifestadas, não há consenso quanto ao diagnóstico objetivo.

O tratamento habitual descrito desde a antiguidade inclui técnicas que preconizam a ressecção elíptica de toda a extensão dos pequenos lábios^{2,3}; nesta técnica, além do maior trauma cirúrgico, os resultados estéticos são limitados, uma vez que a cicatriz situa-se sobre a margem dos pequenos lábios, que resulta na perda do contorno natural da região. Ademais, do ponto de vista funcional, há o risco de lesão do clitóris interferindo assim na sensibilidade local e na sexualidade³⁻⁵.

Por isso, frente a estas limitações, cabe ao ginecologista saber quando é necessária a aplicação de técnicas de cirurgia plástica; daí, no nosso entender, ser prudente e imprescindível solicitar sempre a opinião do cirurgião plástico, principalmente nos casos onde prevalecem as queixas estéticas, visto que a aplicação de técnicas habitualmente usadas em cirurgia plástica podem favorecer o resultado final e proporcionar maior satisfação para as mulheres.

De fato, atualmente existem técnicas que levam em consideração a flacidez de pele, o grau de hipertrofia e a qualidade do tecido labial remanescente. Além do mais, conceitos como a importância de se evitar incisões lineares sobre os pequenos lábios, de se manter retalhos cutâneos, bem como a prioridade nas ressecções labiais superior e inferior são habitualmente empregadas na moderna cirurgia estética vulvar⁵; a programação da incisão e a quantidade de tecido a ser ressecada também favorecem o resultado e, portanto, promove maior benefício estético e funcional para os mulheres^{4,5}.

Assim, na cirurgia da região vulvar, é fundamental sua correta identificação e a abordagem cirúrgica deve ser considerada sempre dentro de uma assistência multidisciplinar; só, desta forma será atingido o tão desejado resultado satisfatório pelas mulheres.

**ALEXANDRE MENDONÇA MUNHOZ
CLÁUDIA MARIA SANTOS ALDRIGHI
JOSÉ MENDES ALDRIGHI**

Referências

1. Giraldo, F., González, C., de Haro, F. Central wedge nymphectomy with a 90-degree Z-plasty for aesthetic reduction of the labia minora. *Plast. Reconstr. Surg.* 113: 1820, 2004.

2. Rouzier, R., Sylvestre, C., Paniel, B., Haddad, B. Hypertrophy of labia minora: Experience with 163 reductions. *Am J Obstet Gynecol.* 182, 1. 35-40. 2000.

3. Maas, S., Hage, J.J. Functional and aesthetic labia minora reduction. *Plast Reconstr Surg.* 105, 4. 1453-1455. 1999.

4. Filassi, J.R., Munhoz, A.M., Ricci, M.D., Melo, N.R. Aplicação do retalho labial superior para correção cirúrgica da hipertrofia de pequenos lábios. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 26: 37, 2005.

5. Munhoz, A.M., Filassi, J.R., Ricci, M.D., Aldrighi, C.M., Correia, L.D., Aldrighi, J.M., Ferreira, M.C. Aesthetic labia minora reduction with inferior wedge resection and superior pedicle flap reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* (in press).

Emergência e Medicina Intensiva

NOVOS AGENTES PARA INFECÇÕES FÚNGICAS INVASIVAS EM PEDIATRIA

A sepse fúngica vem se tornando freqüente nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal. Entre os pacientes mais acometidos encontram-se os imunodeprimidos (ono/hematológico) e os recém-nascidos (RN) de muito baixo peso ao nascer. *Candida* spp., *Aspergillus* spp. e *Fusarium* spp. são os principais agentes identificados. A taxa de mortalidade na sepse fúngica é elevada e varia de 15% a 50%^{1, 2}.

Recentemente, novos antifúngicos se tornaram disponíveis comercialmente e alguns foram liberados para a faixa etária pediátrica e neonatal. Antachopoulos e Walsh; Steinbach e Benjamin realizaram revisões sobre estes novos medicamentos^{3, 4}.

O voriconazol é um derivado triazólico e apresenta atividade antifúngica de amplo espectro com potência antifúngica contra as espécies de *Candida* (incluindo cepas resistentes ao fluconazol, *C.krusei*, *C. glabrata* e *C. albicans*) e atividade fungicida contra todas as espécies de *Aspergillus*. Além disso, o voriconazol apresenta atividade fungicida, *in vitro*, contra patógenos fúngicos emergentes, incluindo aqueles tais como o *Scedosporium* ou o *Fusarium*. Encontra-se disponível em formulações endovenosa e oral. Sua distribuição é homogênea em todos os tecidos com boa penetração líquórica. Em crianças de 2 a 11 anos a eliminação é linear com doses de 3 a 4 mg/kg/dia a cada 12 horas. É metabolizado pelas isoenzimas hepáticas do citocromo P450, CYP2C19, CYP2C9 e CYP3A4. Sua eliminação também é hepática com apenas 2% renal, o que torna desnecessário ajuste de dose em pacientes com insuficiência renal. Efeitos adversos mais comuns são alterações de enzimas hepáticas, rash cutâneo e distúrbios visuais.

Ravuconazol e posaconazol fazem parte deste grupo de azóis antifúngicos de última geração que não foram utilizados na faixa etária pediátrica e neonatal, com atividade semelhante ao voriconazol.

O acetato de caspofungina faz parte de uma nova geração de antifúngicos lipopeptídicos (equinocandinas) com inibição da síntese do b(1,3) -D-glucana da parede celular de fungos filamentosos e leveduras que não faz parte das células dos

mamíferos. *In vitro* apresenta atividade fungicida contra *Candida* spp. atividade fungistática contra *Aspergillus* spp., e atividade limitada contra *Fusarium* spp. e zygomycetos. A caspofungina se liga a proteína (96%) com metabolismo hepático. Não existem estudos sistemáticos em pediatria quanto à sua farmacocinética. Existem casos pediátricos descritos na literatura sobre a utilização da caspofungina em infecções fúngicas invasivas com bom prognóstico. Na maior parte dos casos descritos há utilização concomitante de um segundo antifúngico, na maior parte dos casos a anfotericina B. Em pediatria a dose descrita encontra-se entre 0,8 a 1,6 mg/kg/dia em pacientes com peso menor de 50kg.

Comentário

Pacientes internados em unidades de terapia intensiva pediátricas e neonatais freqüentemente encontram-se invadidos com uma série de dispositivos e na maioria dos casos utilizando antibióticos de amplo espectro com toxicidades

diferentes, portanto a presença de novos antifúngicos com maior espectro de ação contra cepas resistentes e efeitos colaterais reduzidos nos traz melhores perspectivas ao tratamento da infecção fúngica invasiva e na sua profilaxia, entretanto estudos pediátricos e neonatais são necessários para melhorar o conhecimento da farmacocinética e eficácia destes novos medicamentos.

RONALDO ARKADER

WERTHER BRUNOW DE CARVALHO

Referências

1. Abassi S, Shenep JL, Hughes HG, Flynn PM. Aspergillosis in children with câncer: a 34-year experience. Clin Infect Dis 1999;29:1210-1219.
2. Leibovitz E. Neonatal candidosis: clinical picture, management, controversies, consensus and new therapeutic options. J Antimicrob Chemother 2002;49:69-73.
3. Antachopoulos C, Walsh TJ. New agents for invasive mycoses in children. Curr Opin Pediatr 2005;17:78-87.
4. Steinbach WJ, Benjamin DK. New antifungal agents under development in children and neonates. Curr Opin Infect Dis 2005;18:484-9.