

REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- › EFICÁCIA DA ANTIBIOTICOTERAPIA NO CORRIMENTO GENITAL DE MENINAS PRÉ-PÚBERES
- › *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* NA POPULAÇÃO ADOLESCENTE
- › PENFIGOIDE BOLHOSO VULVAR DA INFÂNCIA



Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia

CONGRESO LATINOAMERICANO

2011

Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia

Santiago de Chile, 8 al 10 de Julio de 2011

Hotel Grand Hyatt
Santiago

UNA ESPECIAL INVITACION A TODOS NUESTROS
COLEGAS DE LATINOAMERICA, A COMPARTIR Y A
CONOCER, EN ESTA NUEVA OPORTUNIDAD DE
ESTRECHAR Y RENOVAR NUESTROS PROFUNDOS
LAZOS PROFESIONALES Y DE AMISTAD.

¡LOS ESPERAMOS EN JULIO PROXIMO!

NUESTRO TEMARIO

- Taller sobre el ovario poliquístico en adolescentes • Embarazo en la adolescencia
- Simposio vasculatura • Anticoncepción en adolescencia • Patología oncológica
- VIH en la niñez y adolescencia • Controversias en el manejo de agenesia vaginal
- Patología oncológica y protección gonadal • Ética y atención adolescentes
- Patología mamaria • Actualización en infecciones de transmisión sexual
- Sexualidad en adolescentes • Densidad mineral ósea en la adolescencia
- Hirsutismo y vómito • Patología oncológica y protección gonadal
- Síndrome de Turner • Urgencias ginecológicas en pediatría
- Violencia sexual • Patología ginecológica en la niñez
- Mineralización ósea y anticoncepción

ORGANIZACIÓN

- Organiza: Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia
- Patrocinador: Sociedad Internacional de Obstetricia y Ginecología



www.sogia2011.cl



SUMÁRIO

EDITORIAL	2
ARTIGO ORIGINAL	
Eficácia da antibioticoterapia no corrimento genital de meninas pré-púberes	3
ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO	
<i>Chlamydia trachomatis</i> na população adolescente	7
RELATO DE CASO	
Penfigoide bolhoso vulvar da infância	15
NOTÍCIAS E AGENDA	21

COMISSÃO EDITORIAL

EDITOR

José Alcione Macedo Almeida

EDITOR ASSOCIADO

Álvaro da Cunha Bastos (SP)

CORPO EDITORIAL

Adriana Lipp Waissman (SP)

Albertina Duarte Takiuti (SP)

Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)

Claudia Lúcia Barbosa Salomão (MG)

Cremilda Costa de Figueiredo (BA)

Cristina Falbo Guazzelli (SP)

Denise Maia Monteiro (RJ)

Elaine da Silva Pires (RJ)

Erika Krogh (MA)

Fernando César de Oliveira Jr. (PR)

Glênio Spinato (RS)

João Bosco Ramos Borges (SP)

João Tadeu Leite dos Reis (MG)

Jorge Andalaft Neto (SP)

José Domingues dos Santos Jr. (DF)

José Maria Soares Jr. (SP)

Laudelino de Oliveira Ramos (SP)

Liliane D. Herter (RS)

Marcelino H. Poli (RS)

Márcia Sacramento Cunha (BA)

Marco Aurélio K. Galletta (SP)

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães (CE)

Maria Virginia F. Werneck (MG)

Marta Francis Benevides Rehme (PR)

Ricardo Cristiano Leal Rocha (ES)

Romualda Castro do Rego Barros (PE)

Tatiana Serra da Cruz Vendas (MS)

Vicente Renato Bagnoli (SP)

Zuleide Felix Cabral (MT)

CORPO DIRIGENTE DA SOGIA-BR

Presidente Emérito:

Álvaro da Cunha Bastos

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente:

José Alcione Macedo Almeida

josealcione.almeida@gmail.com

Tel.: (11) 3825-2547

Vice-Presidente:

Vicente Renato Bagnoli

vrbagnoli@uol.com.br

1º Secretário

Marco Aurélio K. Galletta

mgalletta@uol.com.br

2º Secretário

João Bosco Ramos Borges

drbosco@terra.com.br

1ª Tesoureira

Ana Célia de Mesquita Almeida

anacelia.mesquita@yahoo.com.br

2ª Tesoureira

Jorge Andalaft Neto

Diretora de Relações Públicas

Albertina Duarte Takiuti

albertinaduarte@ajato.com.br

VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

Vice-Presidente Região Sul

Marta Francis Benevides Rehme

martarehme@uol.com.br

Vice-Presidente Região Sudeste

Laudelino de Oliveira Ramos

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

Zuleide Felix Cabral

zuleidecabral@terra.com.br

Vice-Presidente Região Norte-Nordeste

Romualda Castro do Rego Barros

Tel.: (81) 3342-0682

romycastro1@hotmail.com

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua João Moura, 860/53

Jardim América

CEP 05412-002 – São Paulo, SP

Fax: (11) 3088-2971

sogia@sogia.com.br

josealcione.almeida@yahoo.com.br

www.sogia.com.br



A VIRADA DO ANO

Caros amigos da SOGIA-BR,

O ano de 2010 findou-se e com grande expectativa aguardamos tudo que está por acontecer em 2011 no Brasil e no mundo.

Este ano, sem dúvida, será rápido e importante para todos nós, membros da SOGIA-BR, colaboradores e profissionais que atuam no atendimento a crianças e adolescentes em geral, pois logo mais viraremos o ano novamente com a chegada de 2012, quando acontecerá o nosso congresso nacional, na segunda quinzena do mês de novembro.

A responsabilidade será grande, porque os eventos da SOGIA-BR cada vez mais se mostram relevantes, com ótimo nível científico, constituindo-se em excelente ocasião para atualização e troca de experiências científicas e também em oportunidade agradável para revermos os amigos.

Esperamos e, como sempre, contamos com a intensa e ativa participação dos sogianos das mais diferentes regiões do Brasil, pois o êxito dos nossos congressos sempre foi resultado do trabalho coletivo. São Paulo está muito orgulhosa e feliz em recebê-los.

A SOGIA-BR segue caminhando a passos largos, sempre com o objetivo de cuidar dos interesses dos seus associados e colaboradores. A reformulação do nosso *site* está adiantada, com inovações bastante interessantes, informativas e práticas. Nossa revista continua circulando com matérias que despertam o interesse dos leitores e será disponibilizada também no nosso *site*. Paralelamente, estamos tomando as providências exigidas com a meta da indexação da revista, para assim oferecer, aos membros da sociedade e profissionais interessados nessa linha de atualização, ferramentas para aprimoramento com divulgação da experiência das mais diferentes escolas.

Contamos com vocês na participação dos encontros regionais, nacionais e internacionais, bem como na colaboração com artigos, casos clínicos e outros assuntos de interesse para apresentação no *site* e publicação na revista.

A Diretoria Executiva, os Vice-Presidentes Regionais e a Comissão Editorial agradecem a todos pelo companheirismo e pela participação, desejando muita paz, saúde e amor neste ano que se inicia.

Abraços a todos,

Vicente Renato Bagnoli
Vice-Presidente da SOGIA-BR

EFICÁCIA DA ANTIBIOTICOTERAPIA NO CORRIMENTO GENITAL DE MENINAS PRÉ-PÚBERES

EFFICACY OF ANTIBIOTIC THERAPY IN THE GENITAL DISCHARGES OF PREPUBERAL GIRLS

FELISBELA SOARES DE HOLANDA¹, LÚCIA HELENA LAPRANO VIEIRA¹,
ALEXANDRE GUILHERME ZABEU ROSSI¹, EDMUND CHADA BARACAT¹, JOSÉ MARIA SOARES JR.¹

RESUMO

Objetivo: Identificar a etiologia e as características clínicas do corrimento genital em meninas pré-púberes e avaliar a eficácia do uso de antibiótico no tratamento da infecção do trato genital inferior em meninas pré-púberes. **Pacientes e métodos:** Estudo retrospectivo avaliando meninas pré-púberes no período de janeiro de 1998 a janeiro de 2008. Para avaliação da antibioticoterapia, foram incluídas 210 meninas pré-púberes, que foram agrupadas em: a) antibioticoterapia (n = 58) e b) apenas receberam orientação higiênica (n = 163). **Resultados:** Após tratamento, observou-se que a resposta das meninas que receberam antibioticoterapia foi inferior à das meninas que tiveram apenas orientação higiênica ($p < 0,01$, *odds ratio* = 0,27 [0,15 – 0,51]). Os motivos identificados com a falha na terapêutica do grupo de antibioticoterapia (n = 32) foram: infecção fúngica secundária (n = 20), líquen escleroso (n = 8), deficiência imunológica (n = 2) e outros (n = 2). **Conclusão:** Nossos dados mostram que a orientação higiênica apresentou resultados superiores ao emprego de antibióticos no corrimento genital de meninas pré-púberes.

Palavras-chave: corrimento genital, antibióticos, orientação higiênica, meninas pré-púberes.

ABSTRACT

Objective: To identify the etiology and clinical features of prepubertal girl genital discharges. Assess the use of antibiotic treatment effectiveness on the inferior genital tract infection of prepubertal girls. **Patients and methods:** Retrospective study evaluating prepubertal girls from January 1998 to January 2008. For the evaluation of antibiotic therapy, were included 210 prepubertal girls that were divided into: a) antibiotic treatment (n = 58); b) only received hygienic advice (n = 163). **Results:** After treatment, we observed that the response of girls who received antibiotics was lower than the ones with only hygienic advice ($p < 0.01$, *odds ratio* = 0.27 [0.15 – 0.51]). The possible reasons identified with the antibiotic treatment failure (n = 32): secondary fungus infection (n = 20), lichen sclerosus (n = 8), immunological deficiency (n = 2) and others (n = 2). **Conclusion:** Our data show that hygienic advice presented better results than the use of antibiotics in the genital discharges of prepubertal girls.

Keywords: genital discharges, antibiotics, hygienic advice, prepubertal girls.

INTRODUÇÃO

O corrimento genital, em geral, é resultado de vulvovaginite (processo inflamatório que acomete o trato genital inferior, sobretudo as regiões da vulva e da vagina). Na infância e na adolescência, 75% de causas são inespecíficas, ou seja, contaminação da flora bacteriana do trato gastrointestinal. Nas adolescentes sexualmente ativas, as bactérias da vaginose bacteriana e as infecções fúngicas são mais prevalentes^{1,2}.

O conceito de corrimento genital é a anormalidade na quantidade ou no aspecto físico do conteúdo vaginal, que se exterioriza pelos órgãos genitais externos, podendo ser sintoma referido pela paciente ou apenas identificado pelo clínico². Contudo, deve-se diferenciar essa alteração da umidade natural da região genital, que é representada por quantidade mínima de secreção esbranquiçada com característica mucinoide. Na adolescente, a análise desse conteúdo tem raros leucócitos, células vaginais descamadas, bastonetes Gram-positivos, ácidos orgânicos (ácido láctico) e teste das aminas negativo. No período periovulatório, pode haver confusão dessa afecção com secreção mucoide oriunda da estimulação estrínica no colo cervical (fisiológica)^{1,2}.

O tratamento clássico do corrimento genital durante a infância é a orientação higiênica e excluir outras afecções que possam predispor à infecção no trato genital inferior². Contudo, há controvérsias sobre o emprego de antibióticos poderia eficiente no tratamento³⁻⁵. Portanto, este estudo retrospectivo visa identificar a etiologia, as características clínicas e se uso de antibiótico poderia ser útil no tratamento da vulvovaginite durante a infância.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Os dados foram coletados dos prontuários de todas as meninas sem sinais de desenvolvimento puberal com corrimento genital e/ou vulvovaginite, que foram atendidas no Ambulatório de Ginecologia da Infância e da Adolescência do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo. O período de coleta foi de janeiro de 1998 a janeiro de 2008. Para avaliação da eficiência da terapia (antibioticoterapia *versus* orientação higiênica), foram incluídas 221 meninas pré-púberes que tinham resultado de cultura de conteúdo vaginal com antibiograma, pesquisa de fungos e teste da fita para oxiúros. Não foram incluídas: meninas com endocrinopatias (diabetes, deficiência enzimática da suprarrenal, síndrome de Cushing ou distúrbios da tireoide), processo alérgico, doenças autoimunes, deficiência imunológica adquirida ou congênita, bem como

vítimas de abuso sexual e presença de corpo estranho. Além disso, não foram analisadas as meninas com infecção fúngica ou com oxiúros.

Foram analisados também detalhes da duração e cor do corrimento, incluindo dor, hiperemia, prurido e sintomas urinários. Foram coletados também dados sobre o tipo e o resultado do tratamento, bem como a duração do acompanhamento e a alternativa empregada para amenizar o processo inflamatório no trato genital inferior na falha do tratamento prévio.

Para avaliar o efeito da terapia sobre a queixa de corrimento genital, as meninas pré-púberes foram separadas em dois grupos de tratamento: a) antibioticoterapia (n = 58); b) apenas receberam orientação higiênica (n = 163). O antibiótico mais empregado foi a cefalexina (n = 48) e a ampicilina (n = 10).

Análise estatística

Os dados foram realizados pela elaboração de tabelas descritivas utilizando-se frequência e foi empregado o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Foi considerado significativo valor de $p < 0,05$. Para desenvolvimento desses procedimentos estatísticos, foi utilizado o pacote Statistical Analysis System (SAS), versão 6.4.

RESULTADOS

As principais características clínicas estão resumidas nas tabelas 1 e 2. Nota-se que as pacientes relatam mais corrimento amarelado do que de outras colorações. A etiologia bacteriana foi a mais prevalente (*E. coli* foi a bactéria mais frequente). A queixa mais frequente foi prurido vulvar em 50% das meninas pré-púberes, seguido por odor fétido e sintomas irritativos do sistema urinário.

Tabela 1. Características do corrimento genital em 276 meninas pré-púberes

Etiologia	Bacteriana (80%, n = 221)	<i>Escherichia coli</i>	59% (n = 130)
		<i>Enterococcus</i>	19% (n = 42)
		<i>Klebsiella</i> sp.	11% (n = 24)
		<i>Streptococcus</i> sp.	7% (n = 16)
		Outros	4% (n = 9)
	Fúngica (15%, n = 41)	<i>Candida albicans</i>	95% (n = 39)
		Outros fungos	5% (n = 2)
		<i>Enterobius vermicularis</i> (4%, n = 11)	
		Não identificado (1%, n = 3)	
Corrimento genital (causa bacteriana) – n = 221			
Cor	Amarelado		80% (n = 177)
	Esverdeado		10% (n = 22)
	Escurecido		10% (n = 22)

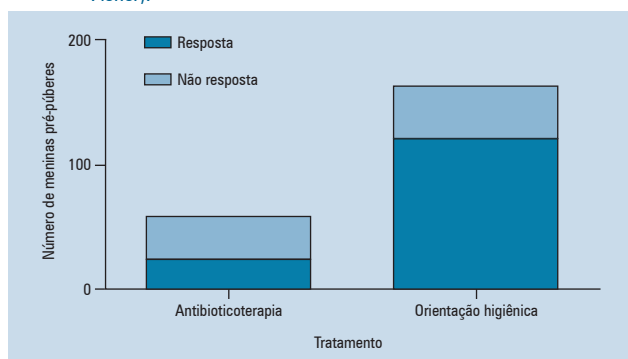
Tabela 2. Características clínicas em 276 meninas pré-púberes com corrimento genital e correlação com a cultura do conteúdo vaginal

Queixa de prurido	50% (n = 138)	<i>Candida albicans</i>	50% (n = 69)
		<i>Escherichia coli</i>	40% (n = 55)
		Outros	10% (n = 14)
Queixa de odor	40% (n = 110)	<i>Escherichia coli</i>	60% (n = 66)
		<i>Enterococcus</i>	30% (n = 33)
		Outros	10% (n = 11)
ITU concomitante*	10% (n = 28)	<i>Escherichia coli</i>	90% (n = 25)
		Outros	10% (n = 3)

*Confirmado pelo exame de urina tipo I e urocultura.

Após tratamento, observa-se que a resposta das meninas que receberam antibioticoterapia foi inferior à das meninas que tiveram apenas orientação higiênica ($p < 0,01$, *odds ratio* = 0,27 [0,15 – 0,51]) (Fig. 1). Os motivos identificados com a falha na terapêutica do grupo de antibioticoterapia ($n = 32$) foram: infecção fúngica secundária ($n = 20$), líquen escleroso ($n = 8$), deficiência imunológica ($n = 2$) e outros ($n = 2$). No grupo que recebeu orientação higiênica ($n = 41$), foram encontradas as prováveis causas relacionadas com a não resposta: não aderência às orientações ($n = 28$), líquen escleroso ($n = 12$) e outros ($n = 1$). Deve-se ainda mencionar que as 22 pacientes com infecção urinária fizeram parte do grupo antibioticoterapia e 10 meninas desenvolveram infecção fúngica secundária.

Figura 1. Comparação entre as terapias avaliadas em 221 meninas pré-púberes com corrimento genital de origem bacteriana ($p < 0,01$, teste de Fisher).



DISCUSSÃO

Nossos resultados mostram maior frequência das infecções por bactérias oriundas do trato gastrointestinal, principalmente a *E. coli*. Contudo, outros autores encontraram *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A como mais prevalente em crianças pré-púberes sintomáticas⁶. Outros autores sugerem que o *Haemophilus influenzae* seria causa de otite média, pneumonia, sinusite e, eventualmente, de infecção no trato genital inferior, resultando em corrimento genital⁷, como patógenos

oportunistas. Contudo, não foi encontrado esse agente em nossa amostra.

Em geral, *Candida albicans* pode ser encontrada em meninas pré-púberes que usam roupas apertadas ou em situações com fatores predisponentes, tais como uso recente de antibiótico ou tratamento com corticosteroides, ou em diabéticas descompensadas⁸. Em nossa casuística, 15% das meninas tinham infecção fúngica durante a primeira visita. Deve-se ressaltar que um dos motivos de persistência de infecção genital após antibioticoterapia foi infecção por fungos (69% das causas). Outros autores também observaram esse efeito colateral do uso de antibióticos sobre o trato genital^{9,10}. Portanto, o emprego de antibióticos pode predispor à infecção secundária do trato genital inferior por fungos. Deve-se salientar que 10% das meninas com corrimento genital em nossa casuística têm infecção do trato urinário concomitante. Assim, deve-se também tratar esse processo com antibióticos e também orientar sobre a higiene adequada para evitar a persistência do corrimento.

Outra causa comum de vulvovaginite é a infestação pelo *Enterobius vermicularis* e deve ser considerada em meninas que têm sintomas de pruridos perineais noturnos^{2,6}. Em nossa casuística, esse agente foi responsável por 4% das causas de corrimento genital.

Finalmente, nossos dados mostram que a orientação higiênica apresentou resultados superiores ao emprego de antibióticos. Assim, recomenda-se: evitar contato da área genital com desodorantes, sabonetes perfumados, banhos de espuma ou gel de banho; secar a região anogenital completamente após o banho ou piscina; limpar a área genital de frente para trás após evacuar; usar papel higiênico branco; lavar as mãos frequentemente; escolher roupas íntimas de algodão e lavadas com sabão glicerinado e sem perfume; evacuar com as pernas bem abertas^{2,6,11,12}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Deligeorgiou E, Salakos N, Makrakis E, Chassiakos D, Hassan EA, Christopoulos P. Infections of the lower female genital tract during childhood and adolescence. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2004;31(3):175-8.
2. Soares Jr JM, Holanda FS, Simões RS, Haidar MA, Baracat EC. Vulvovaginites na infância e na adolescência. In: Vitalle MSS, Medeiros EHGR, eds. *Adolescência: uma abordagem ambulatorial.* 1ª ed. Barueri, SP: Manole; 2008, p. 287-96.
3. O'Brien TJ. Paediatric vulvovaginitis. *Australas J Dermatol.* 1995;36(4):216-8.
4. Koumantakis EE, Hassan EA, Deligeorgiou EK, Creatsas GK. Vulvovaginitis during childhood and adolescence. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 1997;10(1):39-43.
5. González Pedraza Avilés A, Ortíz Zaragoza MC, Irigoyen Coria A. Bacterial vaginosis a "broad overview". *Rev Latinoam Microbiol.* 1999;41(1):25-34.
6. Chambo Filho A, Rocha RCL, Fiorillo CA. Fluxo vaginal na infância. *Revista da SOGIA.* 2010.
7. Makwela MR. Paediatric vaginal discharge. *SA Fam Pract.* 2007;49(7):30-1.
8. Dei M, Di Maggio F, Di Paolo G. Vulvovaginitis in childhood. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010;24(2):129-37.

9. Velemínský M, Tosner J. Relationship of vaginal microflora to PROM, pPROM and the risk of early-onset neonatal sepsis. *Neuro Endocrinol Lett.* 2008;29(2):205-21.
10. Tabrizi SN, Pirotta MV, Rudland E, Garland SM. Detection of *Candida* species by PCR in self-collected vaginal swabs of women after taking antibiotics. *Mycoses.* 2006;49(6):523-4.
11. Jasper JM. Vulvovaginitis in the prepubertal child. *Clin Ped Emerg Med.* 2009;10:10-3.
12. Joishy M, Ashtekar CS, Jain A, Gonsalves R. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? *BMJ.* 2005;330:186-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

José Maria Soares Júnior

Rua Sena Madureira, 1245, ap. 11 • Vila Clementino • 04021-051 • São Paulo – SP

Telefax: (11) 5579-3321

E-mail: jsoares415@hotmail.com

TITULAÇÃO

1. Ambulatório de Ginecologia da Infância e da Adolescência do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

CHLAMYDIA TRACHOMATIS NA POPULAÇÃO ADOLESCENTE

CHLAMYDIA TRACHOMATIS ON ADOLESCENT POPULATION

DANIEL BIER CARAÇA¹, JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA², ARLETE GIANFALDONI³

RESUMO

A infecção por *Chlamydia trachomatis* é uma das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) mais comuns e prevalentes no mundo e apresenta incidência elevada entre a população feminina adolescente. Ela é responsável por inúmeras intercorrências clínicas como gravidez ectópica, moléstia inflamatória pélvica aguda e infertilidade, porém muitas pacientes são assintomáticas ou oligossintomáticas. Assim sendo, a implantação de métodos de rastreamento e tratamento nessa população tem demonstrado diminuição nas taxas de infecção e complicações clínicas tardias. O diagnóstico por técnicas de amplificação do ácido nucleico, principalmente em amostras urinárias, tem demonstrado alta sensibilidade e especificidade, além de excelente aceitabilidade por parte da população adolescente. Os objetivos deste estudo são estabelecer uma estimativa da prevalência da infecção por *Chlamydia trachomatis* na população adolescente, avaliando os principais fatores de risco e quadro clínico dessa DST, além de avaliar a validade dos principais métodos de rastreamento nesse grupo.

Palavras-chave: *Chlamydia trachomatis*, adolescente, tratamento, diagnóstico, métodos de rastreio, epidemiologia.

ABSTRACT

The infection of Chlamydia trachomatis is a sexually transmitted diseases (STDs) most common and prevalent in the world and presents high incidence among the female adolescent. She is responsible for numerous clinical complications such as ectopic pregnancy, acute pelvic inflammatory disease and infertility, but its main clinical manifestation is asymptomatic patients or oligosymptomatic. Therefore, implementation of methods of screening and treatment in this population has demonstrated reduction of infection rates and clinical complications in the future. The diagnosis by means of amplification of nucleic acid, especially in urinary tract samples, has shown a high sensitivity and specificity, and excellent acceptance by the adolescent population. The objectives of this study are to establish an estimate of the prevalence of Chlamydia trachomatis infection in the adolescent population, assessing the main risk factors and clinical manifestations of STDs, in addition to assessing the validity of the main methods of tracking this group.

Keywords: *Chlamydia trachomatis, adolescent, treatment, diagnosis, methods of screening, epidemiology.*

INTRODUÇÃO

Adolescentes constituem um importante grupo para a prevenção primária da aquisição e transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), pois, além de muitos estarem no início de sua atividade sexual e reprodutiva, são menos propensos a se preocuparem com fatores de risco¹.

Somente a informação não é suficiente para os adolescentes avaliarem com precisão os fatores de risco e lidarem com desafios, tais como informar parceiros sobre a prevenção das infecções ou enfrentar as complicações das DSTs².

Aproximadamente, 50% dos adolescentes abaixo de 17 anos, nos países da América Latina, têm atividade sexual³.

A iniciação sexual precoce aumenta o risco de gravidez e transmissão de doenças sexualmente transmissíveis.

A infecção genital por *Chlamydia trachomatis* é considerada uma das DSTs mais comuns e prevalentes no mundo e está associada a diversas intercorrências clínicas como conjuntivite e pneumonia no recém-nascido, linfogranuloma venéreo, tracoma endêmico e, principalmente, doença inflamatória pélvica com suas complicações (infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica)⁴.

Uma proporção significativa das pacientes é assintomática ou oligossintomática⁴, favorecendo, assim, uma permanente fonte de infecção que a longo prazo acarreta inúmeras complicações clínicas e gastos financeiros. Estima-se que 3 a 4 milhões de novos casos de infecção por *Chlamydia trachomatis* ocorrem anualmente nos Estados Unidos e menos de dois terços desses são diagnosticados^{5,6}.

A prevalência de *Chlamydia trachomatis* é maior entre as adolescentes e adultas jovens comparadas com outras faixas etárias⁷. A implantação de testes de rastreamento e seguimento nessa população tem demonstrado diminuição nas taxas de infecção e complicações clínicas futuras^{7,8}.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo a obtenção da estimativa da prevalência da infecção por *Chlamydia trachomatis* entre a população adolescente, avaliando os principais fatores de risco e quadro clínico dessa DST, bem como a validade dos principais métodos de rastreamento nesse grupo.

MÉTODOS

O método utilizado neste estudo foi mediante pesquisa no sistema PubMed/Medline, Ovid, UpToDate. Os descritores utilizados foram: *Chlamydia trachomatis*, *adolescence*, *risk factors*, *sexually transmitted diseases*. Os artigos consultados foram selecionados objetivamente de acordo com a relevância para conceituação, prevalência, quadro clínico, diagnóstico e fatores de risco da *Chlamydia trachomatis* na população adolescente, publicados nos últimos 15 anos.

Microbiologia e história natural

Chlamydia trachomatis é uma pequena bactéria Gram-negativa com propriedades biológicas únicas que se distinguem de todos os outros organismos vivos. É um parasita intracelular obrigatório com um ciclo de vida que consiste em duas fases principais⁹.

Pequenos corpos elementares atacam e penetram nas células, mudando sua forma metabolicamente ativa para os chamados corpos reticulares, em um período de seis a

oito horas. Essas formas criam grandes inclusões dentro de células.

Os corpos reticulares reorganizam-se em pequenos organismos elementares, e no prazo de dois a três dias as células se rompem, libertando recém-formados corpos elementares. Essa forma, então, pode atacar novas células⁹.

A principal via de transmissão da *Chlamydia trachomatis* para os sorotipos de interesse para este estudo é a sexual.

Estudos sobre a história natural da infecção pela *Chlamydia trachomatis* são esparsos⁴, uma vez que esbarram principalmente na questão ética, visto que um *screening* positivo significa tratamento para evitar futuras complicações¹⁰. Sabe-se que a pessoa infectada pode ter resolução espontaneamente, pode persistir com a bactéria ou desenvolver a doença.

Alguns estudos que analisaram a taxa de resolução espontânea da infecção indicaram uma prevalência que varia entre 18%-44,7% de cura. Todos ressaltaram a importância da análise temporal como um fator prognóstico importante na taxa de cura^{10,11}.

Como exemplo, em um estudo de 2008 realizado na Jefferson County Department of Health Sexually Transmitted Diseases (STD) Clinics em Birmingham, AL, para analisar a taxa de resolução espontânea da infecção, 129 pacientes foram avaliadas durante um *screening* positivo e no retorno para checar o resultado, quando então iniciariam o tratamento (média de 13 dias). A taxa de resolução da doença ficou em torno de 18%⁹.

A persistência da infecção pode variar de quadro clínico assintomático⁴, que equivale à maioria dos casos, a diversas formas clínicas que serão discutidas separadamente a seguir.

Existem 15 sorotipos de *Chlamydia trachomatis*. Os principais são D, E, F, G, H, I, J e K, que são os sorotipos que causam conjuntivite, pneumonia no recém-nascido, uretrite, cervicite, epididimite, salpingite e síndrome uretral aguda.

Manifestações clínicas

Embora a maior parte das pacientes infectadas por *Chlamydia trachomatis* se apresente sob a forma assintomática⁴, as manifestações clínicas podem variar desde sintomas inespecíficos a quadros sépticos de grandes abscessos peri-hepáticos.

A ausência aparente de sintomas faz com que as mulheres abriguem esse organismo por um período de tempo muito longo. Esse reservatório coloca as mulheres em risco de infecção ascendente do trato genital, com consequente efeito adverso sobre a saúde reprodutiva.

As principais formas de apresentação clínica da doença são:

- Bartholinite: *Chlamydia trachomatis* produz uma infecção exsudativa nos ductos de Bartholin proporcionando o aparecimento de abscesso local.

- Síndrome uretral aguda: infecção uretral frequentemente é acompanhada de cervicite. Essas mulheres apresentam sintomas típicos de uma infecção do trato urinário, tais como aumento das micções, disúria e, ocasionalmente, dor em baixo ventre. A análise da urina revela leucocitúria, mas não são vistos organismos na bacterioscopia (Gram) ou na cultura tradicional.
- Cervicite: a infecção por *Chlamydia trachomatis* é uma das principais causas de cervicite mucopurulenta⁴. Embora cerca de dois terços das mulheres não tenham quaisquer sinais ou sintomas de infecção, um terço tem evidência clínica^{9,12}. Quando ocorrerem sintomas, corrimento vaginal, dor abdominal mal diferenciada ou dor em baixo ventre são os mais frequentes. Embora o exame físico seja frequentemente inespecífico, corrimento mucopurulento associado à hipertrofia cervical (ectopia cervical, edema, congestão e friabilidade) pode ser notado. Úlceras endocervicais também podem ser vistas.
- Moléstia inflamatória pélvica aguda (MIPA): é definida como uma afecção do trato genital superior que inclui qualquer combinação de endometrite, salpingite, abscesso tubo-ovariano e pelviperitonite⁴. Cerca de 30% das mulheres com infecção por *Chlamydia trachomatis* desenvolverão MIPA se não forem tratadas¹³. O toque bimanual pode revelar a presença de hipertermia vaginal com dor à mobilização do colo do útero e anexos (endometrite e salpingite) ou, ainda, a presença de abaulamento em fundo de saco sugerindo a presença de abscesso. As maiores preocupações são as sequelas que podem ocorrer em longo prazo nas mulheres com MIPA.
 - Infertilidade: estima-se que menos da metade dos casos de MIPA por *Chlamydia trachomatis* apresentem sintomas clínicos. O restante dos casos se apresenta sob a forma assintomática ou oligosintomática, acarretando, assim, uma infecção crônica, subaguda ou latente em grande número de mulheres¹³. Não só a infecção silenciosa, mas as repetidas infecções sintomáticas podem resultar em uma cicatriz progressiva das tubas uterinas que leva, conseqüentemente, a um fator tubário de infertilidade. Estima-se que 20% das mulheres com MIPA se tornem inférteis¹⁴.
 - Gravidez ectópica: assim como a infertilidade, a gravidez fora da cavidade uterina está relacionada a infecções por *Chlamydia trachomatis*, principalmente em virtude da alteração da anatomia da tuba uterina que dificulta, desse modo, a migração do óvulo para o útero, favorecendo a gravidez ectópica. Está diretamente ligada ao número de episódios de MIPA a que a paciente foi exposta¹⁵.
 - Dor pélvica crônica: geralmente devida à presença de aderências pélvicas resultantes da resposta inflamatória aguda¹⁶. A prevalência varia de 17%-24% das pacientes¹⁴.
- Peri-hepatite (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis): ocasionalmente as pacientes com infecção por *C. trachomatis* desenvolvem peri-hepatite, uma inflamação da cápsula do fígado e superfície peritoneal adjacente. Deve-se suspeitar de peri-hepatite em pacientes com dor no quadrante superior direito ou dor pleurítica no contexto clínico de uma infecção do trato genital inferior. Normalmente não está associada com alterações das enzimas hepáticas. É uma afecção mais comumente vista em MIPA, ocorrendo de 5% até 15% dos casos⁴.
- Complicações na gravidez: infecção por *C. trachomatis* pode aumentar o risco de rotura prematura das membranas e baixo peso ao nascer. Se a gestante não for tratada, 20% a 50% dos recém-nascidos poderão desenvolver conjuntivite e 10% a 20% poderão desenvolver pneumonia⁴.

Epidemiologia

Estima-se que aproximadamente 4 milhões de casos de infecção por *Chlamydia trachomatis* ocorram anualmente nos Estados Unidos da América⁶, fazendo dela a doença de transmissão sexual mais comum nesse país⁵.

Desde 1985, o número de casos da doença cresceu de forma significativa, em virtude da implantação de medidas de rastreamento e notificação. Em aproximadamente 20 anos, o rastreo, que inicialmente era realizado em dez estados americanos, passou a ser feito em todos, aumentando, assim, a prevalência e dificultando determinar o real número de infectados. De 1987 a 2006, a taxa de infecção por *Chlamydia trachomatis* relatada em mulheres aumentou de 78,5 casos para 515,8 casos por 100 mil habitantes⁶.

O setor de doenças sexualmente transmissíveis do Centers for Disease Control (CDC) dos Estados Unidos, em seu último relatório (2006), relatou 1.030.911 casos de notificações de *Chlamydia trachomatis* em todos os 50 estados americanos. Um número três vezes maior que os casos notificados de gonorreia, que foram 358.366²¹.

As mais altas taxas da infecção, pareadas por idade, foram entre as adolescentes e adultas jovens. Entre 15-19 anos de idade (2862,7 casos por 100.000 mulheres) e entre 20-24 anos (2797,0 casos por 100.000 mulheres).

Com relação a grupos étnicos, houve um aumento nos últimos anos de infecção em todas as etnias, com especial atenção às mulheres negras, que tiveram uma taxa de prevalência oito vezes maior que as brancas⁶.

Inúmeros estudos têm demonstrado alta prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* na população adolescente.

Em estudo realizado pelo Núcleo de Doenças Infecciosas da Universidade Federal do Espírito Santo em associação com o Programa de Saúde da Família, Miranda *et al.*¹⁷ procuraram determinar a prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* entre os adolescentes do sexo feminino em Vitória, ES.

A população base do estudo foi de adolescentes do sexo feminino entre 15 e 19 anos, residentes em Maruípe, distrito de Vitória, em um total de 461 mulheres escolhidas de forma randomizada, que foram avaliadas por meio de *ligase chain reaction* em espécimes de urina.

A prevalência global de *Chlamydia trachomatis* nessa população foi de 8,9% (95% IC, 6,5%-11,9% – total n = 41). Entre as adolescentes amostradas que relataram qualquer história de atividade sexual (69%, n = 320), a prevalência de infecção foi de 12,2% (95% IC, 10,4%-14,0%). Nenhum caso de *Chlamydia trachomatis* foi encontrado entre as mulheres que referiram não ter tido atividade sexual. Os fatores de risco serão analisados posteriormente.

Em outro grande estudo publicado pela American College of Physicians, em 2007, Datta *et al.*¹⁸ analisaram 6.632 pacientes entre 14 e 39 anos provenientes do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) nos EUA, que é um projeto que fornece estatísticas nacionais sobre a saúde e o estado nutricional da população em geral.

Os pacientes foram avaliados por meio de *ligase chain reaction* em espécimes de urina.

Das 6.632 amostras analisadas, 241 foram positivas para a infecção por *Chlamydia*. A prevalência de *Chlamydia trachomatis* na população de 14 a 39 anos entre 1999-2002 foi de 2,2% (IC, 1,8% para 2,8%), o que corresponde a 2.291,000 (IC, 1.857,000 para 2.838,000) de infecções em todo o território americano.

A prevalência de infecção entre as mulheres foi maior entre o grupo de 14 a 19 anos, correspondendo a 4,6% dos casos, o que equivale a mais do que o dobro dos casos das outras mulheres analisadas.

Em outro grande estudo, Kahn *et al.*¹⁹ analisaram a prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* em 14 centros de detenção de adolescentes entre 12 e 18 anos em seis grandes cidades americanas, por cinco anos.

A análise foi feita por PCR em amostras de urina dos pacientes. Dos 131.915 testes, 11.024 (8,4%) foram positivos

para a *Chlamydia trachomatis*. A prevalência de *Chlamydia* foi aproximadamente 2,5 vezes maior nas mulheres do que em indivíduos do sexo masculino (15,6% *versus* 5,9%, $P < 0,01$).

Com base nesses estudos que demonstraram a alta prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* na população adolescente e sabendo que a maior parte da população infectada é assintomática, faz-se necessário conhecer os fatores de risco relacionados com a doença.

Fatores de risco

Os seguintes fatores de risco para o desenvolvimento de infecção por *C. trachomatis* foram identificados em mulheres com as seguintes características:

- Adolescentes e adultos jovens.
- Mulheres com múltiplos parceiros sexuais ou um parceiro com outros parceiros durante os últimos três meses ou um novo parceiro sexual.
- Uso inconsistente de métodos anticoncepcionais (preservativos).
- Evidência clínica de cervicite mucopurulenta.
- Solteira.
- História prévia de doenças sexualmente transmissíveis.
- Baixo nível socioeconômico.

Idade é o mais forte preditor de infecção por *Chlamydia trachomatis*. Adolescentes e adultos jovens estão em maior risco, provavelmente por causa das características comportamentais e fatores psicológicos.

Estado civil é outro importante fator de risco. Em um estudo realizado com 1.800 mulheres, de 15 a 34 anos de idade, a prevalência da infecção entre as casadas, divorciadas e solteiras foi de 1%, 3% a 4% e 7%, respectivamente²⁰.

Diagnóstico

O diagnóstico de infecção por *Chlamydia trachomatis* é tradicionalmente realizado por meio de coleta direta do material endocervical e uretral e preparado em meio de cultura celular.

Esse método, nos últimos anos, tem sido gradualmente substituído em virtude do seu alto custo, necessidade de exame especular, que para muitas mulheres é uma situação incômoda, material e pessoal especializado para a coleta, necessidade de um sistema de acondicionamento especial para o transporte, além da criação de métodos com maior sensibilidade para a detecção da infecção.

Opções menos invasivas e de menor custo têm sido aprimoradas nos últimos anos com o intuito de maior aceitação por parte das pacientes, proporcionando, assim, um maior impacto no número de mulheres que se submetem ao exame.

Os principais métodos diagnósticos são:

- Técnicas de amplificação do ácido nucleico (TAAN): esse método tem substituído a cultura celular em virtude do aumento de sua sensibilidade^{21,22}. Esses testes são capazes de detectar pequenos fragmentos de material genético da *Chlamydia*, além de *Neisseria gonorrhoeae*. A sensibilidade e a especificidade dessas técnicas usando material de amostras cervical e uretral são de mais de 95% em termos de estudos empregando populações de alto risco, mas a sensibilidade cai significativamente (< 75%) nos estudos de indivíduos de menor risco²³. Essa técnica tem sido realizada em amostras cervicais e uretrais ou em amostras de urina. Esta última é de fácil aceitação, pois não requer um teste invasivo e qualquer paciente pode realizar a coleta.
- Imunofluorescência direta: anticorpos fluorescentes ligam-se aos órgãos elementares da *Chlamydia*, que são identificados com microscopia. Esse teste é menos sensível que o anterior. Requer um exame invasivo com coleta de material endocervical ou uretral.
- Imunoensaio enzimático: a sensibilidade deste teste é inferior à do TAAN. Falsos-positivos também podem ocorrer por causa da reação cruzada com outros patógenos da flora vaginal ou urinária. Requer um exame invasivo com *swab* cervical ou uretral.
- Captura híbrida: pode ser realizada por meio de amostras cervicais e uretrais ou urinárias. Possui sensibilidade que varia de 80% a 95%⁴.
- Sorologia para *Chlamydia trachomatis*: as técnicas sorológicas apresentam dificuldades diagnósticas em infecções genitais, pela alta frequência de exposição dos pacientes aos diferentes sorotipos de *Chlamydia trachomatis*, além da possibilidade de reação cruzada com *Chlamydia pneumoniae*.
- Citologia com coloração de Papanicolau ou Giemsa: pouco utilizada, pois possui baixa especificidade e sensibilidade. Necessita de exame especular.

Rastreamento (*screening*)

O rastreamento de qualquer doença depende, inicialmente, da população avaliada. Populações com baixos fatores de risco e, conseqüentemente, baixa incidência para a doença tendem a apresentar testes com maior porcentagem de falsos-positivos e, conseqüentemente, menor valor preditivo positivo. Portanto, para uma avaliação inicial de testes de *screening*, a população deve apresentar alto risco e prevalência para a doença.

Analizando o *screening* para *Chlamydia trachomatis*, o U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), em seu último

relatório, não achou evidências favoráveis para o rastreamento em população de baixo risco para a infecção.

Segundo esse relatório, a idade continua a ser o mais forte preditor de risco, tanto nos homens como nas mulheres, para a aquisição de infecção por *Chlamydia trachomatis*. Entre as mulheres, as taxas mais elevadas de infecção ocorrem entre os 15 e 19 anos de idade, seguidas por aquelas de 20 a 24 anos. Outros fatores de risco associados incluem, principalmente, fatores comportamentais como múltiplos parceiros, novo parceiro sexual ou um parceiro com infecção sexual, uso inconstante de métodos contraceptivos de barreira e história prévia ou atual de outras DSTs¹⁴.

Tendo em vista a idade como principal fator de risco, profissionais que cuidam de adolescentes têm uma oportunidade única para prevenir infecções primárias pela *C. trachomatis*, reduzindo, assim, o risco de infertilidade, doença inflamatória pélvica aguda e gravidez ectópica.

Como qualquer doença sexualmente transmissível, a prevenção primária começa com a educação. Segundo o CDC americano, mudanças de comportamento devem ser incentivadas, por exemplo, adiar a idade da primeira relação sexual, reduzir o número de parceiros sexuais e usar métodos contraceptivos de barreira, com o intuito de reduzir a transmissão.

C. trachomatis é uma infecção facilmente tratável. Porém, a prevalência da infecção não tratada, como visto acima, é elevada, em parte por causa da natureza de muitas infecções assintomáticas. A prevenção secundária por meio de testes de rastreamento torna-se, nesses casos, um importante aliado no combate à doença.

Os principais critérios para a realização de um *screening* em uma determinada população são:

- a) A doença seja uma importante causa de morbidade/mortalidade

Como dito anteriormente, a infecção por *Chlamydia trachomatis* é a principal causa de doença inflamatória pélvica aguda, que ocasiona progressivamente uma distorção arquitetural tubária e, conseqüentemente, altos índices de infertilidade e gravidez ectópica.

É a principal causa de infertilidade tubo-ovariana na mulher⁴.

- b) A duração da fase pré-clínica seja detectável

Visto que a maior parte das infecções causadas por *Chlamydia trachomatis* é assintomática e provoca uma distorção arquitetural tubária crônica, que clinicamente se manifestará muito tempo após a infecção inicial, a fase pré-clínica é detectável facilmente por métodos diagnósticos.

- c) Viabilidade do método de *screening*

O padrão-ouro para diagnóstico de *Chlamydia trachomatis* é a cultura de células. Mas para rastreio populacional esse

método é inviável em virtude de seu alto custo, necessidade de sistema de acondicionamento especial para o transporte, além de ser um exame invasivo e desconfortável para a maioria das mulheres.

Técnicas de amplificação do ácido nucleico em amostras de urina têm demonstrado serem mais viáveis que a cultura em células de McCoy, em virtude das seguintes características:

- Facilidade da coleta
 - Menos invasiva
 - Maior aceitabilidade
 - Sem necessidade de meio de transporte especial
 - Sem necessidade de pessoal especializado para a coleta
- Maior sensibilidade
 - d) Sensibilidade e especificidade do teste sejam elevadas

O tradicional método para o diagnóstico de infecção por *Chlamydia trachomatis* é a cultura em linhagem de células de McCoy, que possui sensibilidade que varia de 70% a 85% e especificidade que se aproxima de 100%²⁴.

Estudos têm demonstrado elevada sensibilidade e especificidade em outros testes diagnósticos. Técnicas de amplificação do ácido nucleico em amostras de urina têm demonstrado sensibilidade que varia de 80% a 93% com especificidade de 99,5%²¹.

e) Aceitação do teste

Do ponto de vista do método, adolescentes aderem menos aos métodos mais invasivos, como exame especular e coleta do material uretral e cervical.

Em um estudo realizado no departamento de pediatria da Universidade do Alabama, 879 adolescentes entre 14 e 20 anos foram avaliados por meio de amostras de urina com uma taxa de aceitabilidade de aproximadamente 86%³⁰.

No estudo realizado na Universidade do Espírito Santo, citado anteriormente, nenhuma adolescente se recusou a realizar a coleta de urina, indicando uma ótima aceitabilidade dessa técnica entre as adolescentes.

f) Risco associado ao teste

O teste de rastreamento em amostras de urina é isento de efeitos colaterais, visto se tratar de um teste não invasivo, coletado pelo próprio paciente.

g) Melhor prognóstico (cura, sobrevida, qualidade de vida)

A implementação de ensaios de *screening* tem demonstrado um declínio na incidência de infecção por *Chlamydia* e de doença inflamatória pélvica aguda.

Como exemplo, em um estudo, 2.607 mulheres de alto risco para essa infecção foram divididas aleatoriamente em dois grupos: um formado por pacientes submetidas ao exame

para infecção por *Chlamydia* e outro como grupo controle. O tempo de estudo foi de um ano⁸.

No grupo das mulheres rastreadas, 7% tiveram testes positivos para infecção e foram tratadas.

No final do seguimento, 9 casos de doença inflamatória pélvica aguda foram identificados no grupo rastreado contra 33 casos do grupo controle, com um risco relativo de 0,44, demonstrando que o *screening* pode reduzir os casos de infecção e assim diminuir as sequelas futuras.

h) Efetividade e disponibilidade do tratamento precoce

Chlamydia trachomatis é uma bactéria sensível principalmente a doxiciclina e azitromicina.

O esquema terapêutico preconizado é: azitromicina 1 g em dose única ou doxiciclina 100 mg de 12/12 h de 7 a 14 dias.

Uma metanálise de 12 estudos mostrou que ambas, azitromicina e doxiciclina, foram igualmente eficazes (97% *versus* 98% de taxas de cura) e tiveram excelente tolerabilidade²⁵.

Ambos os medicamentos estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, podendo ser prescritos por qualquer médico e iniciado o tratamento precoce.

Em virtude dessa alta efetividade do tratamento precoce medicamentoso, a mulher fica menos propensa a ter que se submeter a tratamentos mais radicais como:

- Cirurgias para retirada de bridas
- Cirurgias para realizações de salpingectomias ou salpingostomias
- Cirurgias para drenagens de abscessos

O CDC e o USPSTF recomendam rastreamento anual de todas as mulheres sexualmente ativas com idade ≤ 25 anos e de mulheres idosas com fatores de risco (por exemplo, novos parceiros sexuais ou múltiplos parceiros sexuais). A World Health Organization Regional Office for Europe recomenda o mesmo rastreio²⁶.

Além das mulheres assintomáticas de baixo risco, não é recomendado o rastreio nos dois grupos citados abaixo¹⁴:

• Gestantes

O USPSTF não recomenda o rastreio em gestantes assintomáticas e de baixo risco, pois não foram encontradas evidências de que o *screening* beneficiaria o binômio mãe-feto nessa população. Já em gestantes com idade abaixo de 25 anos ele é recomendado, pois se considera esse grupo de alto risco para a infecção e suas futuras complicações como rotura prematura de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer.

• Homens

A infecção pela *Chlamydia trachomatis* na população masculina é frequentemente assintomática.

O motivo do rastreamento em homens seria a hipótese da redução dos efeitos adversos nas mulheres por redução da transmissão. O USPSTF não encontrou evidências que fortifiquem essa hipótese e não recomenda o *screening* como rotina nos homens.

Do ponto de vista financeiro, estima-se que aproximadamente 248 milhões de dólares por ano são gastos em intercorrências médicas diretas por infecção por *Chlamydia trachomatis*²⁷. O custo-benefício da intervenção precoce, em populações de alto risco, tem sido demonstrado no sentido de redução dos casos de sequelas tubo-ovarianas que se revertem diretamente na redução dos gastos financeiros.

CONCLUSÃO

Infecção geniturinária causada pela *Chlamydia trachomatis* é extremamente comum e resulta em um quadro muitas vezes de manifestações clínicas insidiosas ou despercebidas. É uma das principais causas de infertilidade, doença inflamatória pélvica e gravidez ectópica em mulheres.

Essa infecção é uma das doenças de maior prevalência na população mundial e, como foi analisado neste estudo, atinge principalmente os adolescentes.

Essa população, associada a inúmeros fatores de risco citados, constitui excelente meio de propagação da infecção.

O *screening* desse grupo de pessoas, principalmente por meio de amostras urinárias, pode ajudar a diminuir as sequelas tubo-ovarianas e psicológicas nas futuras mulheres adultas.

O atendimento médico no setor público beneficia anualmente centenas de adolescentes com baixo nível socioeconômico. Esses dois fatores de risco isoladamente já tornam essa população importante na propagação da doença e, conseqüentemente, candidatas à realização do *screening*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Impact of HIV and sexual health education on the sexual behaviour of young people: a Review Update Report. Geneva: UNAIDS; 1997.
- Walter HJ, Valghan RD. AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students. *JAMA*. 1993;270:725-30.
- The State of World Population 1997. New York: United Nations Population Fund; 1997.
- Wasserheit JN. Reproductive tract infections: global impact and priorities for women's reproductive health. New York: Plenum Press; 1998, x p. 61-91.
- Alexander LA, Cates JR, Herndon N, Ratcliff JM. Sexually transmitted diseases in America. Kaiser Family Foundation, Menlo Park, CA; 1998.
- Centers for Disease Control, Division of Sexually Transmitted Diseases. 1997 Annual Report.
- Addiss DG, Vaughn ML, Ludka D, Pfister J, Davis JP. Decreased prevalence of *Chlamydia trachomatis* infection associated with a selective screening program in family planning clinics in Wisconsin. *Sex Transm Dis*. 1993;20:28.
- Scholes D, Stergachis A, Heidrich F, Andrilla H, Holmes KK, Stamm W. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for chlamydial infection. *N Engl J Med*. 1996;334:1362.
- Schachter J. Infection and disease epidemiology. In: Stephens RS, ed. *Chlamydia: intracellular biology, pathogenesis, and immunity*. Washington, DC: American Society for Microbiology; 1999, p. 139-69.
- Geisler WM, Wang C, Morrison SG, Black CM, Bandea CI, Hook EW 3rd. The natural history of untreated *Chlamydia trachomatis* infection in the interval between screening and returning for treatment. *Sex Transm Dis*. 2008;35:119-23.
- Molano M, Meijer CJ, Weiderpass E, Arslan A, Posso H, Franceschi S, et al. The natural course of *Chlamydia trachomatis* infection in asymptomatic Colombian women: a 5-year follow-up study. *J Infect Dis*. 2005;191:907-16.
- Stamm WE. *Chlamydia trachomatis* infections of the adult. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, et al., eds. *Sexually transmitted diseases*. New York: McGraw-Hill; 1999, p. 407-22.
- Cates W Jr, Wasserheit JN. Genital chlamydial infections: epidemiology and reproductive sequelae. *Am J Obstet Gynecol*. 1991;164:1771-81.
- Meyer DS, Halvorson H, Luckhaupt S. Screening for chlamydial infection: an evidence update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2007;147:135.
- Westrom LV, Joesoef R, Reynolds G, Hagdu A, Thompson SE. Pelvic inflammatory disease and fertility. A cohort study of 1,844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopic results. *Sex Transm Dis*. 1992;19:185-92.
- Safiri S, Schachter J, Dahrouge D, Sweet RL. Long-term sequelae of acute pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;166:1300-5.
- Miranda AE, Szwarcwald CL, Peres RL, Page-Shafer K. Prevalence and risk behaviors for chlamydial infection in a population-based study of female adolescents in Brazil. *Sex Transm Dis*. 2004;31(9):542-6.
- Datta S, Sternberg M, Johnson R, Berman S, Papp JR. [HYPERLINK "http://www.annals.org/search?author1=Geraldine+McQuillan&sortspec=date&submit=Submit"](http://www.annals.org/search?author1=Geraldine+McQuillan&sortspec=date&submit=Submit) McQuillan G, et al. Gonorrhea and Chlamydia in the United States among persons 14 to 39 years of age, 1999 to 2002. *Ann Intern Med*. 2007;147:89.
- Kahn RH, Mosure DJ, Blank S, Kent CK, Chow JM, Boudov MR, et al. The Jail STD Prevalence Monitoring Project. *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* prevalence and coinfection in adolescents entering selected US juvenile detention centers, 1997-2002. *Sex Transm Dis*. 2005;32(4):255-9.
- Stergachis A, Scholes D, Heidrich FE, Sherer DM, Holmes KK, Stamm WE. Selective screening for *Chlamydia trachomatis* infection in a primary care population of women. *Am J Epidemiol*. 1993;138:143.
- Cook RL, Hutchison SL, Ostergaard L, Braithwaite RS, Ness RB. Systematic review: noninvasive testing for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. *Ann Intern Med*. 2005;142:914.
- Johnson RE, Newhall WJ, Papp JR, et al. Screening tests to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections. *MMWR Recomm Rep*. 2002;51:1.
- Blanding J, Hirsch L, Stranton N, Wright T, Aarnaes S, De la Maza L, et al. Comparison of the Clearview *Chlamydia*, the PACE 2 assay, and culture for detection of *Chlamydia trachomatis* from cervical specimens in a low-prevalence population. *J Clin Microbiol*. 1993;31:1622.
- Current methods of laboratory diagnosis of *Chlamydia trachomatis* infections. Division of AIDS, Sexually Transmitted Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia 30333, USA. cx22@cidcd1.em.cdc.gov. *Clin Microbiol Rev*. 1997;10(1):160-84.
- Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Sex Transm Dis*. 2002;29:497.
- European STI Management Guidelines; 2001.
- Chesson HW, Blandford JM, Gift TL, Tao G, Irwin KL. The estimated direct medical cost of sexually transmitted diseases among American youth, 2000. *Perspect Sex Reprod Health*. 2004;36:11-9.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Divisão de Clínica Ginecológica. Serviço do Prof. Edmund C. Baracat.

E-mail: josealcione.almeida@gmail.com

TITULAÇÕES

1. Médico-residente (R3) do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia.
2. Médico-chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência.
3. Médica-assistente do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência.

PENFIGOIDE BOLHOSO VULVAR DA INFÂNCIA

CHILDHOOD VULVAR BULLOUS PEMPHIGOID

CAROLINA BURGARELLI TESTA¹, JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA², LANA MARIA DE AGUIAR³

RESUMO

Penfigoide bolhoso é a doença bolhosa autoimune mais comum¹ e manifesta-se com bolhas subepidérmicas tensas na pele e, ocasionalmente, em mucosas. É rara sua manifestação em crianças^{8,15}. Em estudo realizado por Erbagci¹⁶, foram encontrados aproximadamente 50 relatos de caso em crianças. A manifestação em crianças menores de 1 ano é predominantemente palmo-plantar, mas em escolares há tendência de acometimento mucoso¹⁹. O penfigoide bolhoso localizado vulvar da infância é variante rara do penfigoide bolhoso autoimune da infância^{3,10}. Em 2003, havia dez casos relatados da lesão vulvar como sítio primário¹². Em crianças, o diagnóstico deve ser baseado no quadro clínico, mas estudos anatomopatológicos e de imunofluorescência direta e indireta são importantes. O diagnóstico diferencial do penfigoide bolhoso vulvar da infância inclui: herpes simples, eritema multiforme, epidermólise bolhosa adquirida e impetigo bolhoso. O tratamento para doença localizada é corticoide tópico ou sistêmico em baixas doses^{1,15,30}. Em caso de contraindicação ao corticoide, pode-se optar por tacrolimus tópico^{1,10}. Apresenta-se aqui caso de criança com 9 anos de idade, com dor perineal, disúria e lesão vulvar erosiva e úmida, com extensão até o períneo e anatomopatológico revelando dermatite bolhosa com clivagem subepidérmica. É realizado tratamento com prednisona por via oral, 20 mg/dia/10 dias e 10 mg por mais 10 dias. Houve redução da erosão, com aspecto cicatricial após dois meses.

Palavras-chave: penfigoide bolhoso vulvar localizado da infância, penfigoide bolhoso em criança.

ABSTRACT

Bullous pemphigoid is a most common autoimmune bullous disease¹ and manifests with tense subepidermal blisters in the skin and mucous membranes. It is a rare manifestation in children^{8,15}. The outbreak in children under 1 year is predominantly palmar-plantar. In schoolchild there is a tendency for mucous involvement¹⁹. Childhood vulvar bullous pemphigoid is a rare variant of autoimmune bullous pemphigoid^{3,10}. In the literature review there were approximately 50 cases reported in children. Vulvar lesions as prime site were reported in ten cases¹². The diagnosis must be based on clinical and supported by histological and direct and indirect immunofluorescence. The differential diagnosis includes infectious lesions, reactive lesions and other autoimmune diseases. Treatment for disease is topical or systemic steroids^{1,15,30}. We performed a literature review and case report of a 9 years old girl with perineal pain, dysuria and vulvar erosive lesions in perineum and pathology revealing bullous dermatitis with subepidermal cleavage. The oral treatment with prednisone was associated with a reducing erosion and healing aspect after 2 months.

Keywords: childhood bullous pemphigoid, vulvar pemphigoid, vulvar bullous pemphigoid.

INTRODUÇÃO

O penfigoide bolhoso é a doença bolhosa autoimune mais comum¹. Caracteriza-se imunologicamente por autoanticorpos do tipo IgG direcionados contra antígenos da membrana basal^{2,3}, mais especificamente as proteínas de ligação BP180 e BP230, componentes dos hemidesmosomos⁴ no complexo de adesão dermoepidérmico⁵.

Manifesta-se clinicamente por bolhas subepidérmicas tenas na pele e, ocasionalmente, em mucosas e pode se apresentar de forma generalizada e, em raros casos, na forma localizada².

Acometendo geralmente idosos na sexta década de vida^{4,6-9}, implica morbidade importante¹⁰, além de mortalidade de 41% no período de um ano, principalmente à custa de complicações cardiovasculares e sepse¹. Os principais fatores de risco identificados são a idade avançada e a necessidade de uso de corticoide sistêmico por longos períodos¹.

A incidência do penfigoide bolhoso na população geral é de 10 casos por 1 milhão¹. A literatura aponta predileção pelo sexo feminino¹¹.

É rara sua manifestação em crianças^{8,10,12-15}. Segundo o estudo realizado por Erbagci¹⁶ em 2002, foram encontrados aproximadamente 50 relatos de caso de penfigoide bolhoso da infância.

Fisher e Rogers¹⁷, em 2000, estudaram 130 pacientes pré-púberes com doença vulvar e encontraram uma frequência menor que 1% (duas pacientes) de penfigoide bolhoso.

Apesar da baixa incidência, é a doença bolhosa subepidérmica mediada por IgG mais comum em crianças^{2,18,19}. A manifestação em crianças menores de 1 ano é predominantemente palmoplantar. Em escolares, há grande tendência de acometimento mucoso¹⁹. O envolvimento vulvar é descrito em aproximadamente 9% dos adultos e 40% das crianças^{2,18}.

O estudo de Fisler e cols.¹², em 2003, revelou 53 casos de penfigoide bolhoso da infância publicados. Entre eles, os de 26 meninas: 10 com acometimento exclusivamente vulvar e 1 com acometimento vulvar e palmoplantar. A idade variou de 4 meses a 12 anos¹².

Marren e cols., em 1993, examinaram 140 casos de mulheres com diferentes doenças bolhosas. Em pacientes com penfigoide bolhoso, o envolvimento vulvar foi encontrado em 9% das adultas e em 66% das crianças. O abuso sexual foi inicialmente aventado em uma das pacientes²⁰.

FISIOPATOLOGIA

O epitélio escamoso estratificado é uma estrutura complexa, constituída por queratinócitos aderidos a células adjacentes e à membrana basal. Esta, por sua vez, adere à lâmina própria. O contato célula a célula é feito pelas *tight junctions*, adesinas

(desmosomos) e *gap junctions*. O contato com a membrana basal é feito pelos hemidesmosomos, estruturas que ligam o citoesqueleto do queratinócito à membrana basal. Os hemidesmosomos apresentam proteínas de membrana diferentes das dos desmosomos, as proteínas 180 kDa e 230 kDa, para as quais são dirigidos os autoanticorpos no penfigoide bolhoso³. Se uma ou mais dessas proteínas estiver defeituosa ou danificada, há a perda da adesão à membrana basal e, então, apresenta-se o fenótipo do penfigoide bolhoso¹¹. Também são descritos anticorpos contra banda 190 kDa²¹.

Sabe-se, portanto, que o penfigoide bolhoso é uma doença bolhosa subepidérmica associada à circulação de autoanticorpos contra componentes dos hemidesmosomos^{10,12,13,18}. Todavia, o mecanismo patogênico que determina as diferentes manifestações clínicas é desconhecido^{2,6} e, talvez, possa ser atribuído à variação de expressão de antígenos em várias áreas da pele com a idade¹⁵. Assim como nas outras doenças bolhosas autoimunes, pode ocorrer envolvimento de pele e mucosas em diferentes proporções. Nas superfícies mucosas, as lesões iniciais geralmente são bolhosas e a fricção resulta em erosões²⁰.

Entre os possíveis fatores causais, alguns casos reportados notam a manifestação do penfigoide bolhoso dias após a vacinação combinada de tétano, difteria, *Bordetella pertussis* e poliovírus^{5,16}, além da vacinação contra influenza⁵. Entretanto, não se pôde estabelecer uma relação causal pela raridade da clínica¹⁵. Aventa-se a hipótese de que a vacinação pode ser um dos fatores que estimulam o sistema imune, desencadeando um mecanismo desconhecido que pode culminar com o desencadeamento de uma resposta autoimune⁶.

Outra hipótese sobre a etiologia do penfigoide bolhoso da infância é a sua relação com a produção de IgA.

Arechalde e cols., em 1999, sugerem que o antígeno LABD1, marcador da dermatite bolhosa por IgA linear, seja um produto da proteólise ou uma isoforma do BP180. Tal hipótese foi baseada na observação de três crianças que apresentavam dermatite por IgA linear e, por *immunoblotting*, apresentavam IgA contra as proteínas de ligação (BP) 180 e 230, marcadores moleculares do penfigoide bolhoso²².

Pablo e cols., em 2007, observaram por *immunoblotting* a presença de IgA em três crianças com penfigoide bolhoso. Como a presença da resposta autoimune mediada por IgA é mais prevalente na infância por conta da imaturidade imunológica e/ou por causa da exposição mais frequente a agentes infecciosos e vacinas, sugere-se estreita relação do penfigoide bolhoso com dermatite bolhosa por IgA linear, doença bolhosa mais comum da infância. Essa relação poderia ser explicada pelo fenômeno de *spreading* do epítipo¹⁹.

Quadro clínico

O penfigoide bolhoso manifesta-se por bolhas tensas, grandes^{1,8}. Acomete tanto pele como mucosas; nestas, a fricção rompe as bolhas com facilidade e, por isso, a manifestação clínica pode ser de erosões dolorosas²⁰.

Em adultos, as lesões tipicamente acometem superfícies flexoras de braços e pernas^{8,12}, axilas e abdome; lesões mucosas (oral, genital e conjuntiva) ocorrem na minoria dos pacientes e são geralmente transitórias¹. Além disso, cursam com altos índices de complicação e grande morbidade associada, geralmente exigindo maior suporte clínico^{1,10}.

Em criança, o penfigoide bolhoso apresenta-se com lesões clinicamente semelhantes à dos adultos, mas o envolvimento palmoplantar e mucoso é muito característico^{5,10}. O curso do penfigoide bolhoso da infância é geralmente indolente, com remissão após alguns meses de tratamento¹² e frequentes exacerbações¹.

Vale ressaltar que há um espectro da severidade da doença, com diferentes níveis de acometimento e de resposta ao tratamento¹⁸.

Forma localizada vulvar da infância – Uma variante

O penfigoide bolhoso localizado vulvar da infância é uma rara variante morfológica do penfigoide bolhoso autoimune da infância^{2,3,10,12,23}. Foi reportado recentemente, com primeiros relatos na década de 1980¹³.

O acometimento vulvar aparenta ser manifestação relativamente comum do penfigoide bolhoso na infância¹⁰, com lesões bolhosas e erosivas em vulva e região perineal que podem permanecer localizadas ou se generalizar^{4,10}. Raramente é visto em crianças com até 1 ano, embora seja encontrado em aproximadamente metade dos casos de crianças mais velhas¹⁵. A maioria dos pacientes com envolvimento genital é de meninas que apresentam doença limitada à vulva¹⁵.

Segundo Fisler e cols., em 2003 havia dez casos relatados de envolvimento vulvar como sítio primário¹².

Diagnóstico

Em adultos, o diagnóstico pode ser feito com sensibilidade de 90% e especificidade de 83% com três dos seguintes critérios clínicos: ausência de lesões atróficas, ausência de envolvimento do pescoço e cabeça, ausência de envolvimento mucoso, idade maior que 70 anos¹.

Em crianças, a suspeita diagnóstica deve ser baseada no quadro clínico, mas o diagnóstico, principalmente quando há envolvimento mucoso, exige estudo anatomopatológico e de imunofluorescência direta e indireta pela técnica de *salt-split*, além de imunoprecipitados.

Os achados mais frequentes são:

- estudo histopatológico da lesão: bolha subepidérmica com infiltrado inflamatório eosinofílico^{1,8,12};
- imunofluorescência direta: depósito linear de IgG e C3 em zona de membrana basal^{8,23,24}; IgG presente em 50% a 90% e C3 presente em 80% a 100% dos casos⁷;
- imunofluorescência indireta *salt-split*: ligação de IgG à face epidérmica (“teto”) da bolha^{1,8,24};
- imunoprecipitado: anticorpos IgG circulantes contra as proteínas da zona de membrana basal (BP180 e BP230)^{1,7,24}.

Nemeth e cols.²⁵ analisaram 33 casos de penfigoide bolhoso na infância disseminado e propuseram os seguintes critérios diagnósticos:

1. idade menor ou igual a 18 anos com lesão clínica de bolhas tensas e histopatologia com bolha subepidérmica com infiltrado inflamatório eosinofílico; e
2. imunofluorescência direta com depósito linear de IgG ou C3 na zona de membrana basal ou IFI com autoanticorpos IgG contra membrana basal circulantes.

A dificuldade diagnóstica ocorre porque a histologia é pouco específica e os achados de imunofluorescência, embora mais fidedignos para o diagnóstico⁹, não fazem o diagnóstico diferencial de certeza²⁶.

O depósito linear de IgG e C3 em zona de membrana basal é semelhante ao de outras doenças bolhosas autoimunes, incluindo epidermólise bolhosa adquirida, penfigoide cicatricial, herpes e erupção bolhosa do lúpus eritematoso sistêmico¹.

O penfigoide cicatricial, por exemplo, apresenta depósito linear de IgG e C3 na zona de membrana basal com a mesma frequência que o penfigoide bolhoso²⁷, mas este pode ocorrer tanto na face dérmica como na epidérmica (ou em ambas) da bolha. Para diferenciá-los, portanto, a evolução e a resposta ao tratamento instituído podem ser de grande valor. O penfigoide cicatricial costuma ter o curso mais agressivo e apresentar pior resposta ao tratamento, mais frequentemente exigindo o uso de imunossuppressores (dapsona, por exemplo)^{26,28}. Já o herpes apresenta IgG ligado à face epidérmica e a epidermólise bolhosa adquirida e o lúpus apresentam IgG em face dérmica¹.

Sugere-se, portanto, que a abordagem diagnóstica em casos de suspeita de penfigoide bolhoso com acometimento vulvar inclua análises de amostras séricas e o estudo anatomopatológico, com imunofluorescências direta e indireta com a técnica *salt-split skin*¹.

Nagano e cols. realizaram o estudo da lesão de um paciente com penfigoide bolhoso da infância por microscopia eletrônica, que demonstrou depósito de autoanticorpos na porção mais alta da lâmina lúcida e na base dos queratinócitos.

A imunoscopia imunoeletrônica indireta mostrou que os sítios de ligação dos anticorpos são as regiões intracelulares das placas dos hemidesmossomos²⁴.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial do penfigoide bolhoso vulvar da infância inclui: herpes simples, líquen escleroso, eritema multiforme, epidermólise bolhosa adquirida, lúpus eritematoso bolhoso, impetigo bolhoso e abuso sexual. O depósito de IgG na zona de membrana basal pode ocorrer no penfigoide bolhoso, penfigoide cicatricial, epidermólise bolhosa adquirida e no lúpus eritematoso bolhoso. Dessas, a ligação dos anticorpos IgG na epiderme (“teto” da bolha) é visto no herpes, no penfigoide bolhoso e no cicatricial²³.

A importância de realizar o diagnóstico diferencial é a implicação na terapêutica adequada (por exemplo, penfigoide bolhoso tem boa resposta à corticoterapia sistêmica; epidermólise bolhosa adquirida apresenta resistência a corticoide e precisa de terapia mais agressiva)¹ e na distinção de lesões provocadas por abuso sexual^{18,23}. O número de crianças avaliadas com suspeita de abuso sexual é crescente nos últimos anos e é de extrema importância que os médicos reconheçam as lesões dermatológicas vulvares a fim de evitar estigmas e sofrimentos decorrentes de uma suspeita de abuso sexual²⁹.

Terapêuticas propostas

O prognóstico do penfigoide bolhoso vulvar localizado geralmente é favorável, mas não há uma estratégia terapêutica claramente melhor¹⁰. Geralmente, opta-se por imunossupressão e o medicamento de escolha depende da extensão do quadro clínico apresentado.

Entre as possibilidades terapêuticas, estão: corticoide tópico (betametasona, clobetasol), corticoide sistêmico (prednisona), imunossupressores (azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina, dapsona) e tetraciclina¹¹. O mecanismo pelo qual a tetraciclina pode ser instituída inclui sua atividade anticolagenase e a supressão da quimiotaxia leucocitária, que resultam em propriedades anti-inflamatórias¹¹.

Sugere-se que a escolha do tratamento para doença localizada seja o uso de corticoide tópico ou de corticoide sistêmico em baixas doses^{1,15,30}. Em caso de contraindicação ao corticoide, pode-se optar por tacrolimus tópico^{1,10}.

Há descrição do uso de imunoglobulina endovenosa na fase aguda da doença⁸.

RELATO DE CASO

ALE, 9 anos, com dor perineal, disúria e lesão vulvar desde os 6 anos de idade, sem resposta a terapias tópicas (perman-

ganato de potássio, betametasona tópica), foi encaminhada ao nosso serviço para avaliação especializada. Trouxe estudo anatomopatológico da lesão, que mostrava mucosa malphigiana com reação inflamatória crônica inespecífica.

Ao exame, constatou-se lesão erosiva e úmida, em espelho, acometendo vulva com extensão até períneo (Figura 1). Feita a hipótese diagnóstica de penfigoide bolhoso vulvar e iniciado tratamento com prednisona por via oral, 20 mg por dia por dez dias e, depois, 10 mg por dia, além de orientações para cuidados locais. Após dois meses de tratamento apresentava melhora da lesão, com redução da área de erosão úmida em espelho e com borda hipocrômica, de aspecto cicatricial (Figura 2). Optou-se por realização de biópsia, com estudo anatomopatológico revelando dermatite bolhosa com clivagem subepidérmica. A imunofluorescência direta mostrou depósitos lineares intensos de IgG e de C3 na zona de membrana basal (Figuras 3 e 4, respectivamente). Mantida terapêutica, com melhora gradual da lesão.

Figura 1. Lesão antes do tratamento.



Figura 2. Lesão após dois meses de tratamento.



Figura 3. Imunofluorescência direta – depósito linear de IgG na zona de membrana basal.

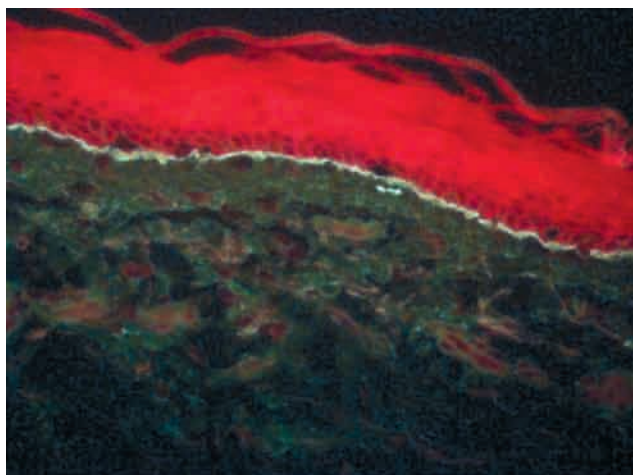
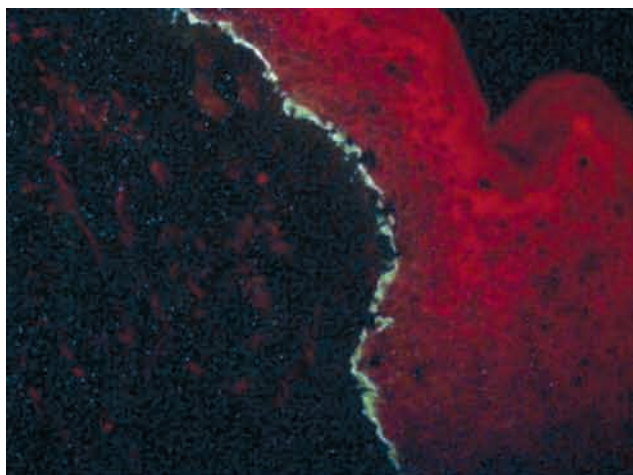


Figura 4. Imunofluorescência direta – depósito linear de C3 na zona de membrana basal.



DISCUSSÃO

Apresentou-se um caso de penfigoide bolhoso vulvar localizado da infância, com confirmação histológica. A paciente apresentou melhora rápida com a terapêutica instituída, sem necessidade de imunossupressores mais potentes. Não houve nenhuma complicação secundária.

Mesmo considerando a baixa incidência do penfigoide bolhoso vulvar da infância, é imprescindível o conhecimento dessa doença pelos profissionais de saúde a fim de que seja instituído o tratamento adequado em tempo hábil. Assim, evitam-se o desconforto da paciente e a possibilidade de lesões cicatriciais com alterações funcionais e/ou estéticas da vulva. Além disso, é um diagnóstico diferencial importante ao se aventar a hipótese diagnóstica de lesões por abuso sexual, já que as lesões podem ter padrão semelhante e abuso sexual deve ser um diagnóstico de certeza, dado o grande estigma social e psicológico que acarreta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Korman NJ. Bullous pemphigoid: the latest in diagnosis, prognosis and therapy. *Arch Dermatol.* 1998;134:1137-41.
2. Alves GF, Éster F, Álvares RR, Friedman H, Campbell IT. Penfigoide bolhoso vulvar localizado, da infância – relato de um caso. *An Bras Dermatol.* 2002;77(5):345-8.
3. Edwards S, Wakelin SH, Wojnarowska F, Marsden RA, Kirtschig G, Bhogal B, et al. Bullous pemphigoid and epidermolysis bullosa acquisita: presentation, prognosis, and immunopathology in 11 children pediatric. *Dermatology.* 1998;15(3):184-90.
4. Lebeau S, Braun RP, Masouyé I, Perrinaud A, Harms M, Borradori L. Acquired melanocytic naevus in childhood vulvar pemphigoid. *Dermatology.* 2006;213:159-62.
5. Méridaa C, Martínez-Escribanob JA, Fríasb JF, Sánchez-Pedreñob P, Corbalánb R. Penfigoide ampoloso en lactante tras vacunación. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96(4):255-7.
6. Baykal C, Okan G, Sarica R. Childhood bullous pemphigoid developed after the first vaccination. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44:348-50.
7. Guenter LC, Shum D. Localized childhood vulvar pemphigoid. *J Am Acad Dermatol.* 1990;22(5):762-4.
8. Xiao T, Li B, Wang YK, He CD, Chen HD. Childhood bullous pemphigoid treated by i.v. immunoglobulin. *J Dermatol.* 2007;34:650-3.
9. Wakelin SH, Allen J, Wojnarowska F. Childhood bullous pemphigoid-report of a case with dermal fluorescence on salt-split skin. *Br J Dermatol.* 1995;133(4):615-8.
10. Lebeau S, Mainetti C, Masouyé I, Saurat JH, Borra L. Localized childhood vulvar pemphigoid treated with tacrolimus ointment. *Dermatology.* 2004;208:273-5.
11. Scully C, Carrozzo M, Gandolfo S, Puiatti P, Monteil R. Update on mucous membrane pemphigoid. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999;88:56-68.
12. Fisler RE, Saeb M, Liang MG, Howard RM, McKee PH. Childhood bullous pemphigoid: a clinicopathologic study and review of literature. *J Am Dermatopathol.* 2003;25(3):183-9.
13. Ramzi WS, Domloge-Hultsch N, Yancey KB, Benson PM, James WD. Childhood localized vulvar pemphigoid is a true variant of bullous pemphigoid. *Arch Dermatol.* 1992;128:807-10.
14. Sáenz AM, González F, Cirocco A, Tacaronte IM, Fajardo JE, Calebotta A. Childhood bullous pemphigoid: a case report and 10-year follow up. *Int J Dermatol.* 2007;46(5):508-10.
15. Waisbourd-Zinman O, Ben-Amitai D, Cohen AD, Feinmesser M, Mimouni D, Adir-Shani A, et al. Bullous pemphigoid in infancy: clinical and epidemiologic characteristics. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58(1):41-8.
16. Erbagci Z. Childhood bullous pemphigoid following hepatitis B immunization. *J Dermatol.* 2002;29(12):781-5.
17. Fischer G, Rogers M. Vulvar disease in children: a clinical audit of 130 cases. *Pediatr Dermatol.* 2000;17(1):1-6.
18. Farrel AM, Kirtschig G, Dalziel KL, Allen J, Dootson G, Edwards S, et al. Childhood vulvar pemphigoid: a clinical and immunopathological study of five patients. *Br J Dermatol.* 1999;140:308-12.
19. Pablo MIM, González-Enseñat MA, Vicente A, Gilaberte M, Mascaró JM. Childhood bullous pemphigoid: clinical and immunological findings in a series of 4 cases. *Arch Dermatol.* 2007;143:215-20.
20. Marren P, Wojnarowska F, Vennig V, Wilson C, Nayar M. Vulvar involvement in autoimmune bullous diseases. *J Reprod Med.* 1993;38(2):101-7.
21. Ostlere LS, Stevens H, Black MM, Rustin MH, Hashimoto T, Nishikawa T. Bullous pemphigoid in infancy: a case report including new immunoblotting observations. *Clin Exp Dermatol.* 1993;18(5):483-5.
22. Arechalde A, Braun RP, Calza AM, Hertl M, Didierjean L, Saurat JH, et al. Childhood bullous pemphigoid associated with IgA antibodies against BP180 or BP230 antigens. *Br J Dermatol.* 1999;140(1):112-8.
23. Schumann H, Amann U, Tasanen K, Muller S, Zillikens D, Metzke D. A child with localized vulvar pemphigoid and IgG autoantibodies targeting the C-terminus of collagen XVII/BP180. *Br J Dermatol.* 1999;140:1133-8.

24. Nagano T, Tani M, Adachi A, Takanaga T, Sakamoto S, Kodama S, et al. Childhood bullous pemphigoid: immunohistochemical, immunoelectron microscopic, and western blot analysis. *J Am Acad Dermatol.* 1994;30(5 Pt 2):884-8.
25. Nemeth AJ, Klein AD, Gould EW, Schachner LA. Childhood bullous pemphigoid: clinical and immunologic features, treatment and prognosis. *Arch Dermatol.* 1991;127:378-86.
26. Schoeffler A, Roth B, Causeret A, Kanitakis J, Faure M, Claudy A. Vulvar cicatricial pemphigoid of childhood. *Pediatr Dermatol.* 2004;21(1):51-3.
27. Venning VA, Frith PA, Bron AJ, Millard PR, Worjnarowska F. Mucosal involvement in bolus and cicatricial pemphigoid: a clinical and immunopathological study. *Br J Dermatol.* 1988;118(1):7-15.
28. Hoque SR, Patel M, Farrel AM. Vulvar pemphigoid in a child misdiagnosed as sexual abuse. *Clin Exp Dermatol.* 2005.
29. Levine V, Sanchez M, Nestor M. Localized vulvar pemphigoid in a child misdiagnosed as sexual abuse. *Arch Dermatol.* 1992;128:804-6.
30. Voltan E, Maeda JY, Muniz Silva MA, Maruta CW, Santi CG, Almeida Zimbres S, et al. Childhood bullous pemphigoid: report of three cases. *J Dermatol.* 2005;32(5):387-92.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Divisão de Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).
Serviço do professor Edmund Chadda Baracat.

E-mail: josealcione.almeida@gmail.com

TITULAÇÕES

1. Médica-residente (R3) do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).
2. Médico-chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas (HC) da FMUSP.
3. Médica-chefe do Setor de Patologia Vulvar da Clínica Ginecológica do HC-FMUSP.

SOCIEDAD ARGENTINA DE GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL

VI Programa de Formación en Ginecología Infanto Juvenil

Curso Universitario Anual avalado por la Universidad Nacional de La Plata y con puntaje para la obtención del Fellow de FIGIJ.

Teórico/práctico con pasantías por 10 hospitales especializados.

Inicio: abril/2011

Curso de Especialización Online en Ginecología Infanto Juvenil

A Distancia – Modalidad e-learning

Teórico – Práctico de 200 horas con evaluación final

Curso universitario avalado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata

Inicio: abril/2011

XVI Curso Anual de Introducción a la Ginecología Infanto Juvenil Nivel I (Presencial)

Modalidad: 1º viernes de cada mes

Inicio: abril/2011 – Arancelado – Examen final y monografía

III Curso Anual de Introducción a la Sexología Clínica

Se dicta el 1º sábado de cada mes – 4 módulos

Inicio: mayo/2011

Informes e inscripción: SAGIJ - Teléfono: (54 11) 4373-2002
E-mail: sagij@sagij.org.ar – WEB: www.sagij.org

TRABALHOS CIENTÍFICOS

Trabalhos apresentados no XI Congresso Brasileiro da SOGIA, em Brasília, de 11 a 14 de agosto de 2010.

APRESENTAÇÃO ORAL

AO 11 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS NO PRONTO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE EM SÃO PAULO

Autores: Pinheiro L., Morais R.R., Ruiz A., Saraiva F.

Instituição: Programa Saúde do Adolescente – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo – Casa do Adolescente de Pinheiros, São Paulo

Resumo: Objetivo: Analisar os diagnósticos mais frequentes no primeiro atendimento e o sucesso terapêutico dos adolescentes atendidos no plantão psicológico de um serviço especializado para adolescentes. Método: Estudo retrospectivo, em que foram selecionados, aleatoriamente, 200 prontuários de adolescentes (100 do sexo feminino e 100 do sexo masculino) de uma população de 892 que demandaram o programa pela primeira vez, entre 2005-2009, no serviço “Dá pra entender?”. A análise incluiu dados pessoais e diagnósticos, no primeiro atendimento, de acordo com a classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR). Resultados: A faixa etária no sexo feminino foi de 15,4 anos e no masculino foi de 13,5 anos. Os cinco diagnósticos mais frequentes em relação ao sexo feminino foram: problemas de fase da vida (18%), problemas de relacionamento entre pai/mãe-criança (14%), depressão (6%), fatores psicológicos que afetam a condição física (sobrepeso – 5%) e transtornos de estresse pós-traumático (5%); no sexo masculino, foram encontrados: problemas de fase da vida (19%), transtornos de aprendizagem (18%), problemas de relacionamento pai/mãe-criança (15%), problemas acadêmicos (14%) e transtorno desafiador de oposição (10%). Grande parte desses diagnósticos foi mudada, como problemas acadêmicos e os inerentes à adolescência. Conclusão: O acolhimento interprofissional e a escuta qualificada no pronto atendimento psicológico são fatores mais importantes no sucesso terapêutico do que o próprio diagnóstico.

AO 12 – PROMOÇÃO DA PAZ: O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM COM ADOLESCENTES

Autores: Takiuti A.D., Leal A.C., Melo E.M.V., Portella C.F.S., Marques H.D., Giampietro M.M., Moraes S.D.T.A.

Instituição: Programa Saúde do Adolescente – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo

Resumo: Objetivo: Analisar a opinião dos profissionais que trabalham com adolescentes referente à promoção da paz. Método: Estudo quali-quantitativo. Aplicou-se questionário semiestruturado, para profissionais de diversas categorias que trabalham com adolescentes, por ocasião de curso de capacitação em atenção à adolescência; análise das entrevistas – metodologia de Bardin (1979); análises estatísticas descritivas e a análise de correlação de Spearman. Resultados: Sete categorias temáticas: 1. Capacidade de diálogo – 26 respondentes (10,56%). “É a capacidade em dialogar e de viver em sociedade”. 2. Respeito ao próximo, respeito às diversidades (21,54%). 3. Estar bem consigo mesmo, com o próximo e com o meio ambiente (11,58%). 4. Garantia dos direitos humanos, sociais, civis e econômicos (9,34%). 5. Paz é uma sensação de tranquilidade e segurança, um estado de espírito (20,73%); a paz é ter uma convivência baseada no amor, na solidariedade e na organização da vida do cosmo. 6. Viver com integridade, ser ético (7,31%). 7. Paz é a ausência de todos os conflitos (9,34%). “É o cessamento de toda violência, seja ela física, ideológica ou intelectual, que impede o ser humano de se desenvolver como um todo”. Conclusão: Esta pesquisa revelou a rede de relações e conexões entre as categorias que formam o ambiente propício à promoção da paz entre os adolescentes. Isso resulta na construção de um conceito de paz por meio de experiências de vida dos profissionais de saúde, que podem atuar como promotores de cultura direcionando para a paz e da redução da violência entre os adolescentes. Permite apropriar e expandir o conceito de paz. Palavras-chave: violência doméstica, adolescentes, cultura de paz.

AO 13 – SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE E JOVEM LÉSBICA, GAY, BISSEXUAL, TRANSGÊNERO (LGBT) PARTICIPANTE DA PARADA DO ORGULHO GAY DE SÃO PAULO

Autores: Leal A.C., Moraes E.M., Pedullo P., Napolitano M., Freitas B.R.

Instituição: Programa Saúde do Adolescente – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo

Resumo: Objetivo: Analisar o perfil de adolescentes e jovens LGBT numa Parada do Orgulho Gay. Método: Utilizada a associação das metodologias qualitativa (Bardin, 1977) e quantitativa. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, na Parada do Orgulho LGBT, em junho de 2009, em São Paulo, Brasil. Resultados: Dos 262 pesquisados, 63,50% eram adolescentes e 36,50%, jovens, sendo 169 (65,50%) do sexo biológico masculino e 93 (35,50%) do sexo feminino. Em relação à conduta sexual, 64,93% eram homossexuais e 35,07% eram bissexuais. Assumiram sua sexualidade: 27,50%, entre 10 e 14 anos; 56,50%, entre 15 e 19 anos; e 4,20%, após os 20 anos. Assumiram para os pais: 70,60% assumiram para a mãe e 49,70% assumiram para o pai. Uso assíduo de camisinha: 48,50%. Vão ao médico preventivamente: 55,40%. Fazem exames preventivamente: 54%. Ao serem atendidos: 59,90% sentem-se bem e 37,4% não muito bem, mal ou muito mal. Número de parceiros: masculinos, 41,93% mais de 10 parceiros e, femininos, 35% mais de 10. Conclusão: A maioria (84%) entrevistada assumiu sua sexualidade entre 10 e 19 anos. Sentem maior dificuldade de assumir sua sexualidade para o pai do que para a mãe, mostrando a falta de apoio familiar. Já 44,60% não vão ao médico preventivamente e 46% não fazem exames preventivos. Tanto 41,93% dos homens como 35% das mulheres tiveram mais de 10 parceiros sexuais, com uso irregular de camisinha em 51,50%, mostrando alta vulnerabilidade à saúde. Mais de 37% desse grupo sentem preconceito e discriminação por parte dos profissionais da rede pública. Esse perfil orienta novas políticas públicas de saúde em adolescência e família, bem como contribui para melhorias do serviço público de saúde.

AO 14 – SÉRIE HISTÓRICA DA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA DAS ADOLESCENTES DA CASA DO ADOLESCENTE DE PINHEIROS, SÃO PAULO, BRASIL, ENTRE OS ANOS DE 2007 E 2009

Autores: Takiuti A.D., Melo E.M.V., Kerr J.M.S., Calvo F., Fernandes L.S., Moraes S.D.T.A., Monteleone M.L.

Instituições: Programa Saúde do Adolescente – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo – Casa do Adolescente de Pinheiros, São Paulo

Resumo: Objetivo: Analisar a citologia oncológica das adolescentes atendidas em ambulatório de serviço público especializado em atendimento de adolescentes. Método: Trata-se de estudo descritivo em que se analisaram as citologias oncológicas de 1.021 adolescentes, totalizando uma coleta de 1.253 citologias oncológicas, colhidas num ambulatório de serviço público especializado em atendimento de adolescentes, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2009, segundo o sistema de Bethesda (2001). Resultados: No grupo geral de 1.253 adolescentes, a idade média das adolescentes foi de 17,15 anos e a mediana, de 17 anos. A citologia oncológica revelou 80 (6,38%) atípicas celulares. Dessas atípicas, 38 (3,03%) correspondem a células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), 41 (3,27%), a lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) e 1 (0,08%), a lesão intraepitelial de alto grau (HSIL). A microbiologia evidenciou 163 (13%) *Gardnerella vaginalis*, 58 (4,63%) *Candida* sp., 17 (1,36%) *Trichomonas vaginalis* e 13 (1,04%) efeitos citopáticos compatíveis com HPV. Conclusão: Esses achados corroboram a necessidade de detecção precoce, tratamento e ações educativas para diminuir a incidência dessas alterações. Essas adolescentes são estimuladas a realizar precoce e rotineiramente a prevenção de câncer do colo uterino. Palavras-chave: citologia oncológica, adolescência, atendimento multiprofissional.

AO 15 – SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS DE ALTO RISCO: MELHOR QUALIDADE DE VIDA DOS MESMOS

Autores: Moraes S.D.T.A.* **, Sestokas S.R.Z.*, Freitas L.E.*, Sartis A.*, Pinheiro M.*, Moraes Rosa A.P.A.***, Moraes E.M

Instituições: * Hospital Maternidade Interlagos, SES, São Paulo. ** Núcleo de Estudos sobre Violência e Humanização da Assistência à Saúde (NEVHAS)

Resumo: Objetivo: Acompanhar em ambulatório o desenvolvimento de todos os recém-nascidos (RN) que passaram pela unidade neonatal de internação, assim como o desenvolvimento de todos os RN prematuros (1.500-2.000 g) e os com muito baixo peso ao nascimento (< 1.500 g), nascidos em uma maternidade pública. Método: O ambulatório de atendimento de RN de alto risco do Hospital Maternidade Interlagos (HMI), São Paulo-SP, conta com equipe interdisciplinar: neonatologista, enfermeira responsável pelo aleitamento materno, oftalmologista, ultrassonografista, fonoaudiólogo, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta e neuropediatra. Critérios de inclusão: recém-nascido com peso inferior a 1.500 g e/ou patologias como malformações congênitas, insuficiência respiratória, isoimunização Rh, infecções congênitas, neuropatias, síndrome convulsiva, entre outras. A primeira consulta deverá ser marcada sete dias após a alta. Na alta hospitalar, são fornecidos para a puérpera resumo de alta completo e xerox da folha de rosto, e ela é orientada sobre a importância de comparecer à consulta levando essa documentação. Semanalmente, são realizadas oficinas/reuniões/consultas para amenizar as consequências/sequelas dessas prematuridades, como morbidades neurológicas, especialmente quando associadas a outras complicações da prematuridade, tais como alterações pulmonares, cardíacas e renais, entre outras. Ações apropriadas são desenvolvidas para estimular o desenvolvimento neuropsicomotor dessas crianças. Nesses encontros, diversas orientações são fornecidas para as mães/famílias, porém a instituição acolhe esse binômio mãe-filho se, eventualmente, necessitar, mesmo não sendo o dia de atendimento dessa demanda. O aleitamento materno é estimulado e bem aceito. Do ponto de vista neuropediátrico, os RN são avaliados mensal ou bimensalmente de acordo com cada caso, intensificando-se quando detectada alguma alteração neurológica. Os bebês são então encaminhados à terapia de reabilitação, sendo a fisioterapia motora e a fonoaudiologia as mais usadas. Quanto mais precocemente se inicia essa reabilitação, melhores são os resultados e, consequentemente, com menos sequelas motoras. De janeiro a dezembro de 2008 participaram deste ambulatório: binômio mãe-filho. Resultados: Diminuição da morbimortalidade neonatal e infantil da área de abrangência do HMI. Conclusão: Aumento significativo na sobrevida desses RN associado a incremento na qualidade de vida e acolhimento das diversas demandas das mães e/ou suas famílias.

AO 16 – VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Autores: Cabral Z.A.F., Nascimento C.V., Pereira A.A.

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

Resumo: Objetivo: Este trabalho teve como objetivo avaliar a assistência prestada às mulheres vítimas de violência sexual que procuraram o Hospital Universitário Júlio Müller. Métodos: Estudo descritivo retrospectivo pela análise dos prontuários das mulheres vítimas de violência sexual num período de sete anos. Resultados: Das 267 vítimas, 13,6% eram menores de 10 anos, 53,8% tinham entre 10 e 19 anos. Observou-se que a maioria das agressões foi praticada por pessoas conhecidas (58%) e, ao se relacionarem as faixas etárias das vítimas e o grau de parentesco com os agressores, observou-se que crianças menores de 10 anos foram a categoria que em maior número sofreu violência por parte de um agressor que tem algum grau de parentesco, representando 52,5% dos casos registrados contra crianças. Entre as adolescentes, observou-se que 28,1% foram vitimizadas por agressores com algum grau de parentesco. Ao se avaliar a condição física e mental das vítimas, verificou-se que 15 eram portadoras de algum tipo de deficiência física ou mental e 69,2% delas sofreram violência por agressores conhecidos. Na investigação do número dos episódios de violência contra a mesma mulher, encontrou-se que as vitimizações ocorreram na maioria das vezes como um único episódio, representando 77,1%. Quando o agressor possuía algum grau de parentesco com a vítima, notou-se que a agressão ocorreu em mais de um episódio em 50% delas. Das mulheres atendidas, 53,5% procuraram inicialmente o Instituto Médico Legal, 32,2%, uma delegacia, 9% tiveram nossa instituição como local de primeira procura e apenas 5,4% das vítimas buscaram o Conselho Tutelar. De todos os casos de vítimas de violência sexual analisados, 76,1% mantiveram acompanhamento ambulatorial após o primeiro atendimento. Das vítimas de estupro que mantiveram acompanhamento, 26 engravidaram e só uma optou pela interrupção da gestação. Com relação ao uso de drogas por parte dos agressores durante o ato da violência, a maioria, 64,7%, não estava sob efeito de qualquer tipo de droga. O local mais utilizado pelo agressor foi em 44,7% a casa da própria vítima, seguido pelas vias públicas em 27% e a casa do agressor em 16%. Conclusão: Os resultados encontrados no presente estudo são semelhantes aos da literatura científica acerca do tema, atentando para a necessidade de atendimento contextualizado, com rede que acolhe, trata, age e pensa de forma integrada e alertando para a importância de passar do campo teórico para a prática dessas ações.

AO 17 – PERFIL DO AGRESSOR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ASSISTIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Autores: Pires E.S., Cunha M.C., Fernandes T.B., Camara W.P., Carvalho L.S., Araujo W.J.

Instituições: Hospital Geral de Nova Iguaçu/Universidade Iguaçu (UNIG)

Resumo: Objetivo: Descrever o perfil de crianças e adolescentes atendidas em um Centro de Referência para Violência Sexual. Material e métodos: Estudo transversal de crianças e adolescentes atendidas por equipe multidisciplinar em ambulatório especializado de assistência a vítimas de violência sexual, de janeiro de 2008 a janeiro de 2010. Resultados: Foram assistidas 324 pacientes. Dessas, 112 compareceram apenas para atendimento emergencial, sendo 12,5% crianças (n = 14) e 47,3% adolescentes (n = 53), e 212 foram atendidas no ambulatório para seguimento, sendo 7% crianças (n = 15) e 55,2% adolescentes (n = 117). Quanto ao agressor, entre as crianças predomina o tipo conhecido: 72,4% (n = 21) e a ocorrência no ambiente domiciliar. Entre as adolescentes, o agressor é conhecido em 21,8% (n = 37), em 72,2% dos casos (n = 65) a violência ocorre na rua. Entre as adolescentes, houve 10 casos de abuso sexual crônico, com três gestações decorrentes da violência. As três gestações transcorreram sem anormalidades. Conclusão: A infância e a adolescência são fases de vulnerabilidade. A violência intrafamiliar e a assistência multidisciplinar auxiliam na reestruturação física e psíquica necessárias para a saúde integral dessas vítimas e suas famílias.

Delegados da SOGIA-BR

RIO GRANDE DO SUL

Liliane Herter lherter@terra.com.br
Marcelino H. Poli mepoli@terra.com.br
Glênio Spinato spinato@tpo.com.br

SANTA CATARINA

Fabiana Troian fatroian@yahoo.com.br
Ivana Fernandes ivanafernandes@hotmail.com

PARANÁ

Fernando César de Oliveira Jr. fernandocojr@yahoo.com.br

MATO GROSSO DO SUL

Tatiana Serra da Cruz Vendas
(67) 3384-2982 tatianasc@terra.com.br

DISTRITO FEDERAL

José Domingues Jr. josedo@terra.com.br

GOIÁS

Alessandra Arantes

SÃO PAULO

Ribeirão Preto: Rosana Maria dos Reis ramareis@fmrp.usp.br
São Bernardo do Campo: Encarnação Rodriguez Laghai elaghai@uol.com.br
Barueri: Arlete Gianfaldoni arletegi@terra.com.br

RIO DE JANEIRO

Denise Leite Maia Monteiro denimonteiro2@yahoo.com.br
Filomena Aste Silveira femena@uol.com.br
Elaine Pires elainespiba@yahoo.com.br / elainespiba@ig.com.br

ESPÍRITO SANTO

Ricardo Cristiano Rocha ricardo.cristiano@yahoo.com.br

MINAS GERAIS

João Tadeu Leite dos Reis joaotadeu@seven.com.br
Claudia Lucia Barbosa Salomão ginecoinfantopub@yahoo.com.br

BAHIA

Cremilda Costa de Figueiredo cremilda@svn.com.br
Márcia Cunha Machado marciascmachado@uol.com.br

CEARÁ

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães mariadelourdes@uol.com.br
Sílvia de Melo Cunha smel@oi.com.br

MARANHÃO

Erika Krogh erikakrogh@yahoo.com.br

PARÁ

José Clarindo Martins Neto

Normas e instruções para publicação em nossa revista

Instruções aos autores

A Revista da SOGIA-BR é um periódico trimestral da Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, dirigido aos médicos e profissionais de áreas afins que trabalham no atendimento de crianças e adolescentes. Destina-se à publicação de artigos que versem sobre temas específicos da área e que não tenham sido publicados em outro periódico. Podem ser escritos em português ou em espanhol.

O trabalho deve ser encaminhado preferencialmente pelo e-mail sogia@sogia.com.br, com cópia para joasealcione.almeida@gmail.com, acompanhado de autorização assinada por todos os autores para sua publicação na Revista da SOGIA-BR. Quando for encaminhado pelo correio, deve ser gravado em CD, impresso em duas cópias e enviado para o endereço da SOGIA constante na primeira página da revista.

Quando enviado por e-mail, a autorização para a publicação assinada pelos autores é dispensada desde que conste o endereço eletrônico deles, para contato pela comissão editorial.

Todos os artigos recebidos serão submetidos à análise pela comissão editorial. Os que não se enquadrarem nas normas da revista serão devolvidos com as orientações para as devidas correções.

A revista publica artigos nas categorias Artigo Original (pesquisa prospectiva ou retrospectiva, com casuística ou material próprios), Artigo de Revisão e Relato de Caso. Uma vez aprovado, o artigo passa a ser propriedade da Revista da SOGIA-BR.

Na seção notícias podem ser publicadas cartas aos editores, bem como notícias sobre assuntos de interesse para os leitores, desde que a comissão editorial considere pertinente.

À comissão editorial é dado o direito de aprovar ou não os artigos recebidos.

Os conceitos e opiniões contidos no texto são de inteira responsabilidade dos autores.

Normas para publicação

1. Cada trabalho poderá ter até sete autores, e pelo menos um dos autores deve ser sócio da SOGIA-BR. Para estrangeiros é dispensada a exigência de filiação.
2. Os textos de Trabalho Original, Trabalho de Atualização ou Revisão e Relato de Caso devem ser digitados em arquivo Word em papel tipo A4, letra Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5 e com 12 a 18 páginas.
3. No texto, não se deve fazer uso de letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (Pereira, e não PEREIRA). Não se deve usar ponto em siglas (OMS, e não O.M.S.) nem abreviações diferentes das clássicas e habituais.
4. Na página de rosto do trabalho, devem ser colocados o título, em português e inglês, o nome completo e a titulação dos autores, incluindo a função ou o cargo na instituição onde foi desenvolvido o trabalho.
5. Exige-se a identificação da instituição onde este se desenvolveu. O endereço do autor para correspondência deve ser completo, incluindo e-mail ou fax.
6. O corpo de trabalho de investigação deve ser desenvolvido nos moldes habituais: introdução, casuística e métodos (evitar o termo metodologia), resultados, discussão e conclusão.
7. Todos os trabalhos (original e atualização) devem conter resumo (português) e abstract (inglês) e devem ser redigidos de forma a dar as informações completas do texto, de forma condensada. Sempre colocar palavras-chave e keywords.
8. Figuras, gráficos e tabelas devem ser o mais simples possível, somente com as informações estritamente necessárias à compreensão do texto. Fotos devem ser em alta resolução, próprias para impressão.
9. Referências bibliográficas: não devem ultrapassar 30 referências, que devem ser relacionadas no final do trabalho, por ordem de citação no texto. No texto, as referências devem seguir o padrão exemplificado aqui: *Puberdade precoce ocorre em 20 de cada 20 mil crianças*¹. Essa referência será a primeira da lista das referências bibliográficas no final do texto.

SUMÁRIO

EDITORIAL	2
ARTIGO ORIGINAL	
Eficácia da antibioticoterapia no corrimento genital de meninas pré-púberes	3
ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO	
<i>Chlamydia trachomatis</i> na população adolescente	7
RELATO DE CASO	
Penfigoide bolhoso vulvar da infância	15
NOTÍCIAS E AGENDA	21

COMISSÃO EDITORIAL

EDITOR

José Alcione Macedo Almeida

EDITOR ASSOCIADO

Álvaro da Cunha Bastos (SP)

CORPO EDITORIAL

Adriana Lipp Waissman (SP)

Albertina Duarte Takiuti (SP)

Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)

Claudia Lúcia Barbosa Salomão (MG)

Cremilda Costa de Figueiredo (BA)

Cristina Falbo Guazzelli (SP)

Denise Maia Monteiro (RJ)

Elaine da Silva Pires (RJ)

Erika Krogh (MA)

Fernando César de Oliveira Jr. (PR)

Glênio Spinato (RS)

João Bosco Ramos Borges (SP)

João Tadeu Leite dos Reis (MG)

Jorge Andalaft Neto (SP)

José Domingues dos Santos Jr. (DF)

José Maria Soares Jr. (SP)

Laudelino de Oliveira Ramos (SP)

Liliane D. Herter (RS)

Marcelino H. Poli (RS)

Márcia Sacramento Cunha (BA)

Marco Aurélio K. Galletta (SP)

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães (CE)

Maria Virginia F. Werneck (MG)

Marta Francis Benevides Rehme (PR)

Ricardo Cristiano Leal Rocha (ES)

Romualda Castro do Rego Barros (PE)

Tatiana Serra da Cruz Vendas (MS)

Vicente Renato Bagnoli (SP)

Zuleide Felix Cabral (MT)

CORPO DIRIGENTE DA SOGIA-BR

Presidente Emérito:

Álvaro da Cunha Bastos

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente:

José Alcione Macedo Almeida

josealcione.almeida@gmail.com

Tel.: (11) 3825-2547

Vice-Presidente:

Vicente Renato Bagnoli

vrbagnoli@uol.com.br

1º Secretário

Marco Aurélio K. Galletta

mgalletta@uol.com.br

2º Secretário

João Bosco Ramos Borges

drbosco@terra.com.br

1º Tesoureira

Ana Célia de Mesquita Almeida

anacelia.mesquita@yahoo.com.br

2º Tesoureiro

Jorge Andalaft Neto

Diretora de Relações Públicas

Albertina Duarte Takiuti

albertinaduarte@ajato.com.br

VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

Vice-Presidente Região Sul

Marta Francis Benevides Rehme

martarehme@uol.com.br

Vice-Presidente Região Sudeste

Laudelino de Oliveira Ramos

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

Zuleide Felix Cabral

zuleidecabral@terra.com.br

Vice-Presidente Região Norte-Nordeste

Romualda Castro do Rego Barros

Tel.: (81) 3342-0682

romycastro1@hotmail.com

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua João Moura, 860/53

Jardim América

CEP 05412-002 – São Paulo, SP

Fax: (11) 3088-2971

sogia@sogia.com.br

josealcione.almeida@yahoo.com.br

www.sogia.com.br



A VIRADA DO ANO

Caros amigos da SOGIA-BR,

O ano de 2010 findou-se e com grande expectativa aguardamos tudo que está por acontecer em 2011 no Brasil e no mundo.

Este ano, sem dúvida, será rápido e importante para todos nós, membros da SOGIA-BR, colaboradores e profissionais que atuam no atendimento a crianças e adolescentes em geral, pois logo mais viraremos o ano novamente com a chegada de 2012, quando acontecerá o nosso congresso nacional, na segunda quinzena do mês de novembro.

A responsabilidade será grande, porque os eventos da SOGIA-BR cada vez mais se mostram relevantes, com ótimo nível científico, constituindo-se em excelente ocasião para atualização e troca de experiências científicas e também em oportunidade agradável para revermos os amigos.

Esperamos e, como sempre, contamos com a intensa e ativa participação dos sogianos das mais diferentes regiões do Brasil, pois o êxito dos nossos congressos sempre foi resultado do trabalho coletivo. São Paulo está muito orgulhosa e feliz em recebê-los.

A SOGIA-BR segue caminhando a passos largos, sempre com o objetivo de cuidar dos interesses dos seus associados e colaboradores. A reformulação do nosso *site* está adiantada, com inovações bastante interessantes, informativas e práticas. Nossa revista continua circulando com matérias que despertam o interesse dos leitores e será disponibilizada também no nosso *site*. Paralelamente, estamos tomando as providências exigidas com a meta da indexação da revista, para assim oferecer, aos membros da sociedade e profissionais interessados nessa linha de atualização, ferramentas para aprimoramento com divulgação da experiência das mais diferentes escolas.

Contamos com vocês na participação dos encontros regionais, nacionais e internacionais, bem como na colaboração com artigos, casos clínicos e outros assuntos de interesse para apresentação no *site* e publicação na revista.

A Diretoria Executiva, os Vice-Presidentes Regionais e a Comissão Editorial agradecem a todos pelo companheirismo e pela participação, desejando muita paz, saúde e amor neste ano que se inicia.

Abraços a todos,

Vicente Renato Bagnoli
Vice-Presidente da SOGIA-BR

EFICÁCIA DA ANTIBIOTICOTERAPIA NO CORRIMENTO GENITAL DE MENINAS PRÉ-PÚBERES

EFFICACY OF ANTIBIOTIC THERAPY IN THE GENITAL DISCHARGES OF PREPUBERAL GIRLS

FELISBELA SOARES DE HOLANDA¹, LÚCIA HELENA LAPRANO VIEIRA¹,
ALEXANDRE GUILHERME ZABEU ROSSI¹, EDMUND CHADA BARACAT¹, JOSÉ MARIA SOARES JR.¹

RESUMO

Objetivo: Identificar a etiologia e as características clínicas do corrimento genital em meninas pré-púberes e avaliar a eficácia do uso de antibiótico no tratamento da infecção do trato genital inferior em meninas pré-púberes. **Pacientes e métodos:** Estudo retrospectivo avaliando meninas pré-púberes no período de janeiro de 1998 a janeiro de 2008. Para avaliação da antibioticoterapia, foram incluídas 210 meninas pré-púberes, que foram agrupadas em: a) antibioticoterapia (n = 58) e b) apenas receberam orientação higiênica (n = 163). **Resultados:** Após tratamento, observou-se que a resposta das meninas que receberam antibioticoterapia foi inferior à das meninas que tiveram apenas orientação higiênica ($p < 0,01$, *odds ratio* = 0,27 [0,15 – 0,51]). Os motivos identificados com a falha na terapêutica do grupo de antibioticoterapia (n = 32) foram: infecção fúngica secundária (n = 20), líquen escleroso (n = 8), deficiência imunológica (n = 2) e outros (n = 2). **Conclusão:** Nossos dados mostram que a orientação higiênica apresentou resultados superiores ao emprego de antibióticos no corrimento genital de meninas pré-púberes.

Palavras-chave: corrimento genital, antibióticos, orientação higiênica, meninas pré-púberes.

ABSTRACT

Objective: To identify the etiology and clinical features of prepubertal girl genital discharges. Assess the use of antibiotic treatment effectiveness on the inferior genital tract infection of prepubertal girls. **Patients and methods:** Retrospective study evaluating prepubertal girls from January 1998 to January 2008. For the evaluation of antibiotic therapy, were included 210 prepubertal girls that were divided into: a) antibiotic treatment (n = 58); b) only received hygienic advice (n = 163). **Results:** After treatment, we observed that the response of girls who received antibiotics was lower than the ones with only hygienic advice ($p < 0.01$, *odds ratio* = 0.27 [0.15 – 0.51]). The possible reasons identified with the antibiotic treatment failure (n = 32): secondary fungus infection (n = 20), lichen sclerosus (n = 8), immunological deficiency (n = 2) and others (n = 2). **Conclusion:** Our data show that hygienic advice presented better results than the use of antibiotics in the genital discharges of prepubertal girls.

Keywords: genital discharges, antibiotics, hygienic advice, prepubertal girls.

INTRODUÇÃO

O corrimento genital, em geral, é resultado de vulvovaginite (processo inflamatório que acomete o trato genital inferior, sobretudo as regiões da vulva e da vagina). Na infância e na adolescência, 75% de causas são inespecíficas, ou seja, contaminação da flora bacteriana do trato gastrointestinal. Nas adolescentes sexualmente ativas, as bactérias da vaginose bacteriana e as infecções fúngicas são mais prevalentes^{1,2}.

O conceito de corrimento genital é a anormalidade na quantidade ou no aspecto físico do conteúdo vaginal, que se exterioriza pelos órgãos genitais externos, podendo ser sintoma referido pela paciente ou apenas identificado pelo clínico². Contudo, deve-se diferenciar essa alteração da umidade natural da região genital, que é representada por quantidade mínima de secreção esbranquiçada com característica mucinoide. Na adolescente, a análise desse conteúdo tem raros leucócitos, células vaginais descamadas, bastonetes Gram-positivos, ácidos orgânicos (ácido lático) e teste das aminas negativo. No período periovulatório, pode haver confusão dessa afecção com secreção mucoide oriunda da estimulação estrínica no colo cervical (fisiológica)^{1,2}.

O tratamento clássico do corrimento genital durante a infância é a orientação higiênica e excluir outras afecções que possam predispor à infecção no trato genital inferior². Contudo, há controvérsias sobre o emprego de antibióticos poderia eficiente no tratamento³⁻⁵. Portanto, este estudo retrospectivo visa identificar a etiologia, as características clínicas e se uso de antibiótico poderia ser útil no tratamento da vulvovaginite durante a infância.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Os dados foram coletados dos prontuários de todas as meninas sem sinais de desenvolvimento puberal com corrimento genital e/ou vulvovaginite, que foram atendidas no Ambulatório de Ginecologia da Infância e da Adolescência do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo. O período de coleta foi de janeiro de 1998 a janeiro de 2008. Para avaliação da eficiência da terapia (antibioticoterapia *versus* orientação higiênica), foram incluídas 221 meninas pré-púberes que tinham resultado de cultura de conteúdo vaginal com antibiograma, pesquisa de fungos e teste da fita para oxiúros. Não foram incluídas: meninas com endocrinopatias (diabetes, deficiência enzimática da suprarrenal, síndrome de Cushing ou distúrbios da tireoide), processo alérgico, doenças autoimunes, deficiência imunológica adquirida ou congênita, bem como

vítimas de abuso sexual e presença de corpo estranho. Além disso, não foram analisadas as meninas com infecção fúngica ou com oxiúros.

Foram analisados também detalhes da duração e cor do corrimento, incluindo dor, hiperemia, prurido e sintomas urinários. Foram coletados também dados sobre o tipo e o resultado do tratamento, bem como a duração do acompanhamento e a alternativa empregada para amenizar o processo inflamatório no trato genital inferior na falha do tratamento prévio.

Para avaliar o efeito da terapia sobre a queixa de corrimento genital, as meninas pré-púberes foram separadas em dois grupos de tratamento: a) antibioticoterapia (n = 58); b) apenas receberam orientação higiênica (n = 163). O antibiótico mais empregado foi a cefalexina (n = 48) e a ampicilina (n = 10).

Análise estatística

Os dados foram realizados pela elaboração de tabelas descritivas utilizando-se frequência e foi empregado o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Foi considerado significativo valor de $p < 0,05$. Para desenvolvimento desses procedimentos estatísticos, foi utilizado o pacote Statistical Analysis System (SAS), versão 6.4.

RESULTADOS

As principais características clínicas estão resumidas nas tabelas 1 e 2. Nota-se que as pacientes relatam mais corrimento amarelado do que de outras colorações. A etiologia bacteriana foi a mais prevalente (*E. coli* foi a bactéria mais frequente). A queixa mais frequente foi prurido vulvar em 50% das meninas pré-púberes, seguido por odor fétido e sintomas irritativos do sistema urinário.

Tabela 1. Características do corrimento genital em 276 meninas pré-púberes

Etiologia	Bacteriana (80%, n = 221)	<i>Escherichia coli</i>	59% (n = 130)
		<i>Enterococcus</i>	19% (n = 42)
		<i>Klebsiella</i> sp.	11% (n = 24)
		<i>Streptococcus</i> sp.	7% (n = 16)
		Outros	4% (n = 9)
	Fúngica (15%, n = 41)	<i>Candida albicans</i>	95% (n = 39)
		Outros fungos	5% (n = 2)
		<i>Enterobius vermicularis</i> (4%, n = 11)	
		Não identificado (1%, n = 3)	
Corrimento genital (causa bacteriana) – n = 221			
Cor	Amarelado		80% (n = 177)
	Esverdeado		10% (n = 22)
	Escurecido		10% (n = 22)

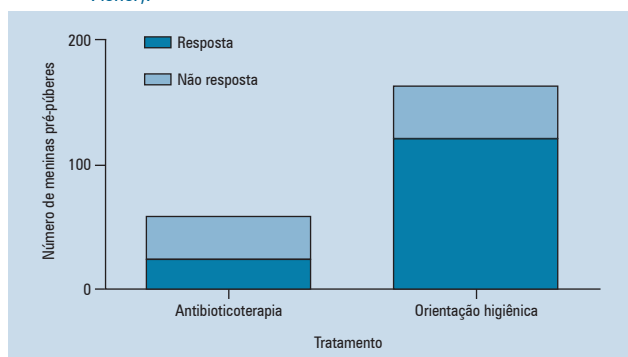
Tabela 2. Características clínicas em 276 meninas pré-púberes com corrimento genital e correlação com a cultura do conteúdo vaginal

Queixa de prurido	50% (n = 138)	<i>Candida albicans</i>	50% (n = 69)
		<i>Escherichia coli</i>	40% (n = 55)
		Outros	10% (n = 14)
Queixa de odor	40% (n = 110)	<i>Escherichia coli</i>	60% (n = 66)
		<i>Enterococcus</i>	30% (n = 33)
		Outros	10% (n = 11)
ITU concomitante*	10% (n = 28)	<i>Escherichia coli</i>	90% (n = 25)
		Outros	10% (n = 3)

*Confirmado pelo exame de urina tipo I e urocultura.

Após tratamento, observa-se que a resposta das meninas que receberam antibioticoterapia foi inferior à das meninas que tiveram apenas orientação higiênica ($p < 0,01$, *odds ratio* = 0,27 [0,15 – 0,51]) (Fig. 1). Os motivos identificados com a falha na terapêutica do grupo de antibioticoterapia ($n = 32$) foram: infecção fúngica secundária ($n = 20$), líquen escleroso ($n = 8$), deficiência imunológica ($n = 2$) e outros ($n = 2$). No grupo que recebeu orientação higiênica ($n = 41$), foram encontradas as prováveis causas relacionadas com a não resposta: não aderência às orientações ($n = 28$), líquen escleroso ($n = 12$) e outros ($n = 1$). Deve-se ainda mencionar que as 22 pacientes com infecção urinária fizeram parte do grupo antibioticoterapia e 10 meninas desenvolveram infecção fúngica secundária.

Figura 1. Comparação entre as terapias avaliadas em 221 meninas pré-púberes com corrimento genital de origem bacteriana ($p < 0,01$, teste de Fisher).



DISCUSSÃO

Nossos resultados mostram maior frequência das infecções por bactérias oriundas do trato gastrointestinal, principalmente a *E. coli*. Contudo, outros autores encontraram *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A como mais prevalente em crianças pré-púberes sintomáticas⁶. Outros autores sugerem que o *Haemophilus influenzae* seria causa de otite média, pneumonia, sinusite e, eventualmente, de infecção no trato genital inferior, resultando em corrimento genital⁷, como patógenos

oportunistas. Contudo, não foi encontrado esse agente em nossa amostra.

Em geral, *Candida albicans* pode ser encontrada em meninas pré-púberes que usam roupas apertadas ou em situações com fatores predisponentes, tais como uso recente de antibiótico ou tratamento com corticosteroides, ou em diabéticas descompensadas⁸. Em nossa casuística, 15% das meninas tinham infecção fúngica durante a primeira visita. Deve-se ressaltar que um dos motivos de persistência de infecção genital após antibioticoterapia foi infecção por fungos (69% das causas). Outros autores também observaram esse efeito colateral do uso de antibióticos sobre o trato genital^{9,10}. Portanto, o emprego de antibióticos pode predispor à infecção secundária do trato genital inferior por fungos. Deve-se salientar que 10% das meninas com corrimento genital em nossa casuística têm infecção do trato urinário concomitante. Assim, deve-se também tratar esse processo com antibióticos e também orientar sobre a higiene adequada para evitar a persistência do corrimento.

Outra causa comum de vulvovaginite é a infestação pelo *Enterobius vermicularis* e deve ser considerada em meninas que têm sintomas de pruridos perineais noturnos^{2,6}. Em nossa casuística, esse agente foi responsável por 4% das causas de corrimento genital.

Finalmente, nossos dados mostram que a orientação higiênica apresentou resultados superiores ao emprego de antibióticos. Assim, recomenda-se: evitar contato da área genital com desodorantes, sabonetes perfumados, banhos de espuma ou gel de banho; secar a região anogenital completamente após o banho ou piscina; limpar a área genital de frente para trás após evacuar; usar papel higiênico branco; lavar as mãos frequentemente; escolher roupas íntimas de algodão e lavadas com sabão glicerinado e sem perfume; evacuar com as pernas bem abertas^{2,6,11,12}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Deligeorgiou E, Salakos N, Makrakis E, Chassiakos D, Hassan EA, Christopoulos P. Infections of the lower female genital tract during childhood and adolescence. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2004;31(3):175-8.
- Soares Jr JM, Holanda FS, Simões RS, Haidar MA, Baracat EC. Vulvovaginites na infância e na adolescência. In: Vitalle MSS, Medeiros EHGR, eds. *Adolescência: uma abordagem ambulatorial.* 1ª ed. Barueri, SP: Manole; 2008, p. 287-96.
- O'Brien TJ. Paediatric vulvovaginitis. *Australas J Dermatol.* 1995;36(4):216-8.
- Koumantakis EE, Hassan EA, Deligeorgiou EK, Creatsas GK. Vulvovaginitis during childhood and adolescence. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 1997;10(1):39-43.
- González Pedraza Avilés A, Ortíz Zaragoza MC, Irigoyen Coria A. Bacterial vaginosis a "broad overview". *Rev Latinoam Microbiol.* 1999;41(1):25-34.
- Chambo Filho A, Rocha RCL, Fiorillo CA. Fluxo vaginal na infância. *Revista da SOGIA.* 2010.
- Makwela MR. Paediatric vaginal discharge. *SA Fam Pract.* 2007;49(7):30-1.
- Dei M, Di Maggio F, Di Paolo G. Vulvovaginitis in childhood. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010;24(2):129-37.

9. Velemínský M, Tosner J. Relationship of vaginal microflora to PROM, pPROM and the risk of early-onset neonatal sepsis. *Neuro Endocrinol Lett.* 2008;29(2):205-21.
10. Tabrizi SN, Pirotta MV, Rudland E, Garland SM. Detection of *Candida* species by PCR in self-collected vaginal swabs of women after taking antibiotics. *Mycoses.* 2006;49(6):523-4.
11. Jasper JM. Vulvovaginitis in the prepubertal child. *Clin Ped Emerg Med.* 2009;10:10-3.
12. Joishy M, Ashtekar CS, Jain A, Gonsalves R. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? *BMJ.* 2005;330:186-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

José Maria Soares Júnior

Rua Sena Madureira, 1245, ap. 11 • Vila Clementino • 04021-051 • São Paulo – SP

Telefax: (11) 5579-3321

E-mail: jsoares415@hotmail.com

TITULAÇÃO

1. Ambulatório de Ginecologia da Infância e da Adolescência do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

CHLAMYDIA TRACHOMATIS NA POPULAÇÃO ADOLESCENTE

CHLAMYDIA TRACHOMATIS ON ADOLESCENT POPULATION

DANIEL BIER CARAÇA¹, JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA², ARLETE GIANFALDONI³

RESUMO

A infecção por *Chlamydia trachomatis* é uma das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) mais comuns e prevalentes no mundo e apresenta incidência elevada entre a população feminina adolescente. Ela é responsável por inúmeras intercorrências clínicas como gravidez ectópica, moléstia inflamatória pélvica aguda e infertilidade, porém muitas pacientes são assintomáticas ou oligossintomáticas. Assim sendo, a implantação de métodos de rastreamento e tratamento nessa população tem demonstrado diminuição nas taxas de infecção e complicações clínicas tardias. O diagnóstico por técnicas de amplificação do ácido nucleico, principalmente em amostras urinárias, tem demonstrado alta sensibilidade e especificidade, além de excelente aceitabilidade por parte da população adolescente. Os objetivos deste estudo são estabelecer uma estimativa da prevalência da infecção por *Chlamydia trachomatis* na população adolescente, avaliando os principais fatores de risco e quadro clínico dessa DST, além de avaliar a validade dos principais métodos de rastreamento nesse grupo.

Palavras-chave: *Chlamydia trachomatis*, adolescente, tratamento, diagnóstico, métodos de rastreio, epidemiologia.

ABSTRACT

The infection of Chlamydia trachomatis is a sexually transmitted diseases (STDs) most common and prevalent in the world and presents high incidence among the female adolescent. She is responsible for numerous clinical complications such as ectopic pregnancy, acute pelvic inflammatory disease and infertility, but its main clinical manifestation is asymptomatic patients or oligosymptomatic. Therefore, implementation of methods of screening and treatment in this population has demonstrated reduction of infection rates and clinical complications in the future. The diagnosis by means of amplification of nucleic acid, especially in urinary tract samples, has shown a high sensitivity and specificity, and excellent acceptance by the adolescent population. The objectives of this study are to establish an estimate of the prevalence of Chlamydia trachomatis infection in the adolescent population, assessing the main risk factors and clinical manifestations of STDs, in addition to assessing the validity of the main methods of tracking this group.

Keywords: *Chlamydia trachomatis, adolescent, treatment, diagnosis, methods of screening, epidemiology.*

INTRODUÇÃO

Adolescentes constituem um importante grupo para a prevenção primária da aquisição e transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), pois, além de muitos estarem no início de sua atividade sexual e reprodutiva, são menos propensos a se preocuparem com fatores de risco¹.

Somente a informação não é suficiente para os adolescentes avaliarem com precisão os fatores de risco e lidarem com desafios, tais como informar parceiros sobre a prevenção das infecções ou enfrentar as complicações das DSTs².

Aproximadamente, 50% dos adolescentes abaixo de 17 anos, nos países da América Latina, têm atividade sexual³.

A iniciação sexual precoce aumenta o risco de gravidez e transmissão de doenças sexualmente transmissíveis.

A infecção genital por *Chlamydia trachomatis* é considerada uma das DSTs mais comuns e prevalentes no mundo e está associada a diversas intercorrências clínicas como conjuntivite e pneumonia no recém-nascido, linfogranuloma venéreo, tracoma endêmico e, principalmente, doença inflamatória pélvica com suas complicações (infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica)⁴.

Uma proporção significativa das pacientes é assintomática ou oligossintomática⁴, favorecendo, assim, uma permanente fonte de infecção que a longo prazo acarreta inúmeras complicações clínicas e gastos financeiros. Estima-se que 3 a 4 milhões de novos casos de infecção por *Chlamydia trachomatis* ocorrem anualmente nos Estados Unidos e menos de dois terços desses são diagnosticados^{5,6}.

A prevalência de *Chlamydia trachomatis* é maior entre as adolescentes e adultas jovens comparadas com outras faixas etárias⁷. A implantação de testes de rastreamento e seguimento nessa população tem demonstrado diminuição nas taxas de infecção e complicações clínicas futuras^{7,8}.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo a obtenção da estimativa da prevalência da infecção por *Chlamydia trachomatis* entre a população adolescente, avaliando os principais fatores de risco e quadro clínico dessa DST, bem como a validade dos principais métodos de rastreamento nesse grupo.

MÉTODOS

O método utilizado neste estudo foi mediante pesquisa no sistema PubMed/Medline, Ovid, UpToDate. Os descritores utilizados foram: *Chlamydia trachomatis*, *adolescence*, *risk factors*, *sexually transmitted diseases*. Os artigos consultados foram selecionados objetivamente de acordo com a relevância para conceituação, prevalência, quadro clínico, diagnóstico e fatores de risco da *Chlamydia trachomatis* na população adolescente, publicados nos últimos 15 anos.

Microbiologia e história natural

Chlamydia trachomatis é uma pequena bactéria Gram-negativa com propriedades biológicas únicas que se distinguem de todos os outros organismos vivos. É um parasita intracelular obrigatório com um ciclo de vida que consiste em duas fases principais⁹.

Pequenos corpos elementares atacam e penetram nas células, mudando sua forma metabolicamente ativa para os chamados corpos reticulares, em um período de seis a

oito horas. Essas formas criam grandes inclusões dentro de células.

Os corpos reticulares reorganizam-se em pequenos organismos elementares, e no prazo de dois a três dias as células se rompem, libertando recém-formados corpos elementares. Essa forma, então, pode atacar novas células⁹.

A principal via de transmissão da *Chlamydia trachomatis* para os sorotipos de interesse para este estudo é a sexual.

Estudos sobre a história natural da infecção pela *Chlamydia trachomatis* são esparsos⁴, uma vez que esbarram principalmente na questão ética, visto que um *screening* positivo significa tratamento para evitar futuras complicações¹⁰. Sabe-se que a pessoa infectada pode ter resolução espontaneamente, pode persistir com a bactéria ou desenvolver a doença.

Alguns estudos que analisaram a taxa de resolução espontânea da infecção indicaram uma prevalência que varia entre 18%-44,7% de cura. Todos ressaltaram a importância da análise temporal como um fator prognóstico importante na taxa de cura^{10,11}.

Como exemplo, em um estudo de 2008 realizado na Jefferson County Department of Health Sexually Transmitted Diseases (STD) Clinics em Birmingham, AL, para analisar a taxa de resolução espontânea da infecção, 129 pacientes foram avaliadas durante um *screening* positivo e no retorno para checar o resultado, quando então iniciariam o tratamento (média de 13 dias). A taxa de resolução da doença ficou em torno de 18%⁹.

A persistência da infecção pode variar de quadro clínico assintomático⁴, que equivale à maioria dos casos, a diversas formas clínicas que serão discutidas separadamente a seguir.

Existem 15 sorotipos de *Chlamydia trachomatis*. Os principais são D, E, F, G, H, I, J e K, que são os sorotipos que causam conjuntivite, pneumonia no recém-nascido, uretrite, cervicite, epididimite, salpingite e síndrome uretral aguda.

Manifestações clínicas

Embora a maior parte das pacientes infectadas por *Chlamydia trachomatis* se apresente sob a forma assintomática⁴, as manifestações clínicas podem variar desde sintomas inespecíficos a quadros sépticos de grandes abscessos peri-hepáticos.

A ausência aparente de sintomas faz com que as mulheres abriguem esse organismo por um período de tempo muito longo. Esse reservatório coloca as mulheres em risco de infecção ascendente do trato genital, com consequente efeito adverso sobre a saúde reprodutiva.

As principais formas de apresentação clínica da doença são:

- Bartholinite: *Chlamydia trachomatis* produz uma infecção exsudativa nos ductos de Bartholin proporcionando o aparecimento de abscesso local.

- Síndrome uretral aguda: infecção uretral frequentemente é acompanhada de cervicite. Essas mulheres apresentam sintomas típicos de uma infecção do trato urinário, tais como aumento das micções, disúria e, ocasionalmente, dor em baixo ventre. A análise da urina revela leucocitúria, mas não são vistos organismos na bacterioscopia (Gram) ou na cultura tradicional.
- Cervicite: a infecção por *Chlamydia trachomatis* é uma das principais causas de cervicite mucopurulenta⁴. Embora cerca de dois terços das mulheres não tenham quaisquer sinais ou sintomas de infecção, um terço tem evidência clínica^{9,12}. Quando ocorrerem sintomas, corrimento vaginal, dor abdominal mal diferenciada ou dor em baixo ventre são os mais frequentes. Embora o exame físico seja frequentemente inespecífico, corrimento mucopurulento associado à hipertrofia cervical (ectopia cervical, edema, congestão e friabilidade) pode ser notado. Úlceras endocervicais também podem ser vistas.
- Moléstia inflamatória pélvica aguda (MIPA): é definida como uma afecção do trato genital superior que inclui qualquer combinação de endometrite, salpingite, abscesso tubo-ovariano e pelviperitonite⁴. Cerca de 30% das mulheres com infecção por *Chlamydia trachomatis* desenvolverão MIPA se não forem tratadas¹³. O toque bimanual pode revelar a presença de hipertermia vaginal com dor à mobilização do colo do útero e anexos (endometrite e salpingite) ou, ainda, a presença de abaulamento em fundo de saco sugerindo a presença de abscesso. As maiores preocupações são as sequelas que podem ocorrer em longo prazo nas mulheres com MIPA.
 - Infertilidade: estima-se que menos da metade dos casos de MIPA por *Chlamydia trachomatis* apresentem sintomas clínicos. O restante dos casos se apresenta sob a forma assintomática ou oligosintomática, acarretando, assim, uma infecção crônica, subaguda ou latente em grande número de mulheres¹³. Não só a infecção silenciosa, mas as repetidas infecções sintomáticas podem resultar em uma cicatriz progressiva das tubas uterinas que leva, conseqüentemente, a um fator tubário de infertilidade. Estima-se que 20% das mulheres com MIPA se tornem inférteis¹⁴.
 - Gravidez ectópica: assim como a infertilidade, a gravidez fora da cavidade uterina está relacionada a infecções por *Chlamydia trachomatis*, principalmente em virtude da alteração da anatomia da tuba uterina que dificulta, desse modo, a migração do óvulo para o útero, favorecendo a gravidez ectópica. Está diretamente ligada ao número de episódios de MIPA a que a paciente foi exposta¹⁵.
 - Dor pélvica crônica: geralmente devida à presença de aderências pélvicas resultantes da resposta inflamatória aguda¹⁶. A prevalência varia de 17%-24% das pacientes¹⁴.
- Peri-hepatite (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis): ocasionalmente as pacientes com infecção por *C. trachomatis* desenvolvem peri-hepatite, uma inflamação da cápsula do fígado e superfície peritoneal adjacente. Deve-se suspeitar de peri-hepatite em pacientes com dor no quadrante superior direito ou dor pleurítica no contexto clínico de uma infecção do trato genital inferior. Normalmente não está associada com alterações das enzimas hepáticas. É uma afecção mais comumente vista em MIPA, ocorrendo de 5% até 15% dos casos⁴.
- Complicações na gravidez: infecção por *C. trachomatis* pode aumentar o risco de rotura prematura das membranas e baixo peso ao nascer. Se a gestante não for tratada, 20% a 50% dos recém-nascidos poderão desenvolver conjuntivite e 10% a 20% poderão desenvolver pneumonia⁴.

Epidemiologia

Estima-se que aproximadamente 4 milhões de casos de infecção por *Chlamydia trachomatis* ocorram anualmente nos Estados Unidos da América⁶, fazendo dela a doença de transmissão sexual mais comum nesse país⁵.

Desde 1985, o número de casos da doença cresceu de forma significativa, em virtude da implantação de medidas de rastreamento e notificação. Em aproximadamente 20 anos, o rastreo, que inicialmente era realizado em dez estados americanos, passou a ser feito em todos, aumentando, assim, a prevalência e dificultando determinar o real número de infectados. De 1987 a 2006, a taxa de infecção por *Chlamydia trachomatis* relatada em mulheres aumentou de 78,5 casos para 515,8 casos por 100 mil habitantes⁶.

O setor de doenças sexualmente transmissíveis do Centers for Disease Control (CDC) dos Estados Unidos, em seu último relatório (2006), relatou 1.030.911 casos de notificações de *Chlamydia trachomatis* em todos os 50 estados americanos. Um número três vezes maior que os casos notificados de gonorreia, que foram 358.366²¹.

As mais altas taxas da infecção, pareadas por idade, foram entre as adolescentes e adultas jovens. Entre 15-19 anos de idade (2862,7 casos por 100.000 mulheres) e entre 20-24 anos (2797,0 casos por 100.000 mulheres).

Com relação a grupos étnicos, houve um aumento nos últimos anos de infecção em todas as etnias, com especial atenção às mulheres negras, que tiveram uma taxa de prevalência oito vezes maior que as brancas⁶.

Inúmeros estudos têm demonstrado alta prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* na população adolescente.

Em estudo realizado pelo Núcleo de Doenças Infecciosas da Universidade Federal do Espírito Santo em associação com o Programa de Saúde da Família, Miranda *et al.*¹⁷ procuraram determinar a prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* entre os adolescentes do sexo feminino em Vitória, ES.

A população base do estudo foi de adolescentes do sexo feminino entre 15 e 19 anos, residentes em Maruípe, distrito de Vitória, em um total de 461 mulheres escolhidas de forma randomizada, que foram avaliadas por meio de *ligase chain reaction* em espécimes de urina.

A prevalência global de *Chlamydia trachomatis* nessa população foi de 8,9% (95% IC, 6,5%-11,9% – total n = 41). Entre as adolescentes amostradas que relataram qualquer história de atividade sexual (69%, n = 320), a prevalência de infecção foi de 12,2% (95% IC, 10,4%-14,0%). Nenhum caso de *Chlamydia trachomatis* foi encontrado entre as mulheres que referiram não ter tido atividade sexual. Os fatores de risco serão analisados posteriormente.

Em outro grande estudo publicado pela American College of Physicians, em 2007, Datta *et al.*¹⁸ analisaram 6.632 pacientes entre 14 e 39 anos provenientes do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) nos EUA, que é um projeto que fornece estatísticas nacionais sobre a saúde e o estado nutricional da população em geral.

Os pacientes foram avaliados por meio de *ligase chain reaction* em espécimes de urina.

Das 6.632 amostras analisadas, 241 foram positivas para a infecção por *Chlamydia*. A prevalência de *Chlamydia trachomatis* na população de 14 a 39 anos entre 1999-2002 foi de 2,2% (IC, 1,8% para 2,8%), o que corresponde a 2.291,000 (IC, 1.857,000 para 2.838,000) de infecções em todo o território americano.

A prevalência de infecção entre as mulheres foi maior entre o grupo de 14 a 19 anos, correspondendo a 4,6% dos casos, o que equivale a mais do que o dobro dos casos das outras mulheres analisadas.

Em outro grande estudo, Kahn *et al.*¹⁹ analisaram a prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* em 14 centros de detenção de adolescentes entre 12 e 18 anos em seis grandes cidades americanas, por cinco anos.

A análise foi feita por PCR em amostras de urina dos pacientes. Dos 131.915 testes, 11.024 (8,4%) foram positivos

para a *Chlamydia trachomatis*. A prevalência de *Chlamydia* foi aproximadamente 2,5 vezes maior nas mulheres do que em indivíduos do sexo masculino (15,6% *versus* 5,9%, $P < 0,01$).

Com base nesses estudos que demonstraram a alta prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* na população adolescente e sabendo que a maior parte da população infectada é assintomática, faz-se necessário conhecer os fatores de risco relacionados com a doença.

Fatores de risco

Os seguintes fatores de risco para o desenvolvimento de infecção por *C. trachomatis* foram identificados em mulheres com as seguintes características:

- Adolescentes e adultos jovens.
- Mulheres com múltiplos parceiros sexuais ou um parceiro com outros parceiros durante os últimos três meses ou um novo parceiro sexual.
- Uso inconsistente de métodos anticoncepcionais (preservativos).
- Evidência clínica de cervicite mucopurulenta.
- Solteira.
- História prévia de doenças sexualmente transmissíveis.
- Baixo nível socioeconômico.

Idade é o mais forte preditor de infecção por *Chlamydia trachomatis*. Adolescentes e adultos jovens estão em maior risco, provavelmente por causa das características comportamentais e fatores psicológicos.

Estado civil é outro importante fator de risco. Em um estudo realizado com 1.800 mulheres, de 15 a 34 anos de idade, a prevalência da infecção entre as casadas, divorciadas e solteiras foi de 1%, 3% a 4% e 7%, respectivamente²⁰.

Diagnóstico

O diagnóstico de infecção por *Chlamydia trachomatis* é tradicionalmente realizado por meio de coleta direta do material endocervical e uretral e preparado em meio de cultura celular.

Esse método, nos últimos anos, tem sido gradualmente substituído em virtude do seu alto custo, necessidade de exame especular, que para muitas mulheres é uma situação incômoda, material e pessoal especializado para a coleta, necessidade de um sistema de acondicionamento especial para o transporte, além da criação de métodos com maior sensibilidade para a detecção da infecção.

Opções menos invasivas e de menor custo têm sido aprimoradas nos últimos anos com o intuito de maior aceitação por parte das pacientes, proporcionando, assim, um maior impacto no número de mulheres que se submetem ao exame.

Os principais métodos diagnósticos são:

- Técnicas de amplificação do ácido nucleico (TAAN): esse método tem substituído a cultura celular em virtude do aumento de sua sensibilidade^{21,22}. Esses testes são capazes de detectar pequenos fragmentos de material genético da *Chlamydia*, além de *Neisseria gonorrhoeae*. A sensibilidade e a especificidade dessas técnicas usando material de amostras cervical e uretral são de mais de 95% em termos de estudos empregando populações de alto risco, mas a sensibilidade cai significativamente (< 75%) nos estudos de indivíduos de menor risco²³. Essa técnica tem sido realizada em amostras cervicais e uretrais ou em amostras de urina. Esta última é de fácil aceitação, pois não requer um teste invasivo e qualquer paciente pode realizar a coleta.
- Imunofluorescência direta: anticorpos fluorescentes ligam-se aos órgãos elementares da *Chlamydia*, que são identificados com microscopia. Esse teste é menos sensível que o anterior. Requer um exame invasivo com coleta de material endocervical ou uretral.
- Imunoensaio enzimático: a sensibilidade deste teste é inferior à do TAAN. Falsos-positivos também podem ocorrer por causa da reação cruzada com outros patógenos da flora vaginal ou urinária. Requer um exame invasivo com *swab* cervical ou uretral.
- Captura híbrida: pode ser realizada por meio de amostras cervicais e uretrais ou urinárias. Possui sensibilidade que varia de 80% a 95%⁴.
- Sorologia para *Chlamydia trachomatis*: as técnicas sorológicas apresentam dificuldades diagnósticas em infecções genitais, pela alta frequência de exposição dos pacientes aos diferentes sorotipos de *Chlamydia trachomatis*, além da possibilidade de reação cruzada com *Chlamydia pneumoniae*.
- Citologia com coloração de Papanicolau ou Giemsa: pouco utilizada, pois possui baixa especificidade e sensibilidade. Necessita de exame especular.

Rastreamento (*screening*)

O rastreamento de qualquer doença depende, inicialmente, da população avaliada. Populações com baixos fatores de risco e, conseqüentemente, baixa incidência para a doença tendem a apresentar testes com maior porcentagem de falsos-positivos e, conseqüentemente, menor valor preditivo positivo. Portanto, para uma avaliação inicial de testes de *screening*, a população deve apresentar alto risco e prevalência para a doença.

Analisando o *screening* para *Chlamydia trachomatis*, o U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), em seu último

relatório, não achou evidências favoráveis para o rastreamento em população de baixo risco para a infecção.

Segundo esse relatório, a idade continua a ser o mais forte preditor de risco, tanto nos homens como nas mulheres, para a aquisição de infecção por *Chlamydia trachomatis*. Entre as mulheres, as taxas mais elevadas de infecção ocorrem entre os 15 e 19 anos de idade, seguidas por aquelas de 20 a 24 anos. Outros fatores de risco associados incluem, principalmente, fatores comportamentais como múltiplos parceiros, novo parceiro sexual ou um parceiro com infecção sexual, uso inconstante de métodos contraceptivos de barreira e história prévia ou atual de outras DSTs¹⁴.

Tendo em vista a idade como principal fator de risco, profissionais que cuidam de adolescentes têm uma oportunidade única para prevenir infecções primárias pela *C. trachomatis*, reduzindo, assim, o risco de infertilidade, doença inflamatória pélvica aguda e gravidez ectópica.

Como qualquer doença sexualmente transmissível, a prevenção primária começa com a educação. Segundo o CDC americano, mudanças de comportamento devem ser incentivadas, por exemplo, adiar a idade da primeira relação sexual, reduzir o número de parceiros sexuais e usar métodos contraceptivos de barreira, com o intuito de reduzir a transmissão.

C. trachomatis é uma infecção facilmente tratável. Porém, a prevalência da infecção não tratada, como visto acima, é elevada, em parte por causa da natureza de muitas infecções assintomáticas. A prevenção secundária por meio de testes de rastreamento torna-se, nesses casos, um importante aliado no combate à doença.

Os principais critérios para a realização de um *screening* em uma determinada população são:

- a) A doença seja uma importante causa de morbidade/mortalidade

Como dito anteriormente, a infecção por *Chlamydia trachomatis* é a principal causa de doença inflamatória pélvica aguda, que ocasiona progressivamente uma distorção arquitetural tubária e, conseqüentemente, altos índices de infertilidade e gravidez ectópica.

É a principal causa de infertilidade tubo-ovariana na mulher⁴.

- b) A duração da fase pré-clínica seja detectável

Visto que a maior parte das infecções causadas por *Chlamydia trachomatis* é assintomática e provoca uma distorção arquitetural tubária crônica, que clinicamente se manifestará muito tempo após a infecção inicial, a fase pré-clínica é detectável facilmente por métodos diagnósticos.

- c) Viabilidade do método de *screening*

O padrão-ouro para diagnóstico de *Chlamydia trachomatis* é a cultura de células. Mas para rastreio populacional esse

método é inviável em virtude de seu alto custo, necessidade de sistema de acondicionamento especial para o transporte, além de ser um exame invasivo e desconfortável para a maioria das mulheres.

Técnicas de amplificação do ácido nucleico em amostras de urina têm demonstrado serem mais viáveis que a cultura em células de McCoy, em virtude das seguintes características:

- Facilidade da coleta
 - Menos invasiva
 - Maior aceitabilidade
 - Sem necessidade de meio de transporte especial
 - Sem necessidade de pessoal especializado para a coleta
- Maior sensibilidade
 - d) Sensibilidade e especificidade do teste sejam elevadas

O tradicional método para o diagnóstico de infecção por *Chlamydia trachomatis* é a cultura em linhagem de células de McCoy, que possui sensibilidade que varia de 70% a 85% e especificidade que se aproxima de 100%²⁴.

Estudos têm demonstrado elevada sensibilidade e especificidade em outros testes diagnósticos. Técnicas de amplificação do ácido nucleico em amostras de urina têm demonstrado sensibilidade que varia de 80% a 93% com especificidade de 99,5%²¹.

e) Aceitação do teste

Do ponto de vista do método, adolescentes aderem menos aos métodos mais invasivos, como exame especular e coleta do material uretral e cervical.

Em um estudo realizado no departamento de pediatria da Universidade do Alabama, 879 adolescentes entre 14 e 20 anos foram avaliados por meio de amostras de urina com uma taxa de aceitabilidade de aproximadamente 86%³⁰.

No estudo realizado na Universidade do Espírito Santo, citado anteriormente, nenhuma adolescente se recusou a realizar a coleta de urina, indicando uma ótima aceitabilidade dessa técnica entre as adolescentes.

f) Risco associado ao teste

O teste de rastreamento em amostras de urina é isento de efeitos colaterais, visto se tratar de um teste não invasivo, coletado pelo próprio paciente.

g) Melhor prognóstico (cura, sobrevida, qualidade de vida)

A implementação de ensaios de *screening* tem demonstrado um declínio na incidência de infecção por *Chlamydia* e de doença inflamatória pélvica aguda.

Como exemplo, em um estudo, 2.607 mulheres de alto risco para essa infecção foram divididas aleatoriamente em dois grupos: um formado por pacientes submetidas ao exame

para infecção por *Chlamydia* e outro como grupo controle. O tempo de estudo foi de um ano⁸.

No grupo das mulheres rastreadas, 7% tiveram testes positivos para infecção e foram tratadas.

No final do seguimento, 9 casos de doença inflamatória pélvica aguda foram identificados no grupo rastreado contra 33 casos do grupo controle, com um risco relativo de 0,44, demonstrando que o *screening* pode reduzir os casos de infecção e assim diminuir as sequelas futuras.

h) Efetividade e disponibilidade do tratamento precoce

Chlamydia trachomatis é uma bactéria sensível principalmente a doxiciclina e azitromicina.

O esquema terapêutico preconizado é: azitromicina 1 g em dose única ou doxiciclina 100 mg de 12/12 h de 7 a 14 dias.

Uma metanálise de 12 estudos mostrou que ambas, azitromicina e doxiciclina, foram igualmente eficazes (97% *versus* 98% de taxas de cura) e tiveram excelente tolerabilidade²⁵.

Ambos os medicamentos estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, podendo ser prescritos por qualquer médico e iniciado o tratamento precoce.

Em virtude dessa alta efetividade do tratamento precoce medicamentoso, a mulher fica menos propensa a ter que se submeter a tratamentos mais radicais como:

- Cirurgias para retirada de bridas
- Cirurgias para realizações de salpingectomias ou salpingostomias
- Cirurgias para drenagens de abscessos

O CDC e o USPSTF recomendam rastreamento anual de todas as mulheres sexualmente ativas com idade ≤ 25 anos e de mulheres idosas com fatores de risco (por exemplo, novos parceiros sexuais ou múltiplos parceiros sexuais). A World Health Organization Regional Office for Europe recomenda o mesmo rastreio²⁶.

Além das mulheres assintomáticas de baixo risco, não é recomendado o rastreio nos dois grupos citados abaixo¹⁴:

• Gestantes

O USPSTF não recomenda o rastreio em gestantes assintomáticas e de baixo risco, pois não foram encontradas evidências de que o *screening* beneficiaria o binômio mãe-feto nessa população. Já em gestantes com idade abaixo de 25 anos ele é recomendado, pois se considera esse grupo de alto risco para a infecção e suas futuras complicações como rotura prematura de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer.

• Homens

A infecção pela *Chlamydia trachomatis* na população masculina é frequentemente assintomática.

O motivo do rastreamento em homens seria a hipótese da redução dos efeitos adversos nas mulheres por redução da transmissão. O USPSTF não encontrou evidências que fortifiquem essa hipótese e não recomenda o *screening* como rotina nos homens.

Do ponto de vista financeiro, estima-se que aproximadamente 248 milhões de dólares por ano são gastos em intercorrências médicas diretas por infecção por *Chlamydia trachomatis*²⁷. O custo-benefício da intervenção precoce, em populações de alto risco, tem sido demonstrado no sentido de redução dos casos de sequelas tubo-ovarianas que se revertem diretamente na redução dos gastos financeiros.

CONCLUSÃO

Infecção geniturinária causada pela *Chlamydia trachomatis* é extremamente comum e resulta em um quadro muitas vezes de manifestações clínicas insidiosas ou despercebidas. É uma das principais causas de infertilidade, doença inflamatória pélvica e gravidez ectópica em mulheres.

Essa infecção é uma das doenças de maior prevalência na população mundial e, como foi analisado neste estudo, atinge principalmente os adolescentes.

Essa população, associada a inúmeros fatores de risco citados, constitui excelente meio de propagação da infecção.

O *screening* desse grupo de pessoas, principalmente por meio de amostras urinárias, pode ajudar a diminuir as sequelas tubo-ovarianas e psicológicas nas futuras mulheres adultas.

O atendimento médico no setor público beneficia anualmente centenas de adolescentes com baixo nível socioeconômico. Esses dois fatores de risco isoladamente já tornam essa população importante na propagação da doença e, conseqüentemente, candidatas à realização do *screening*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Impact of HIV and sexual health education on the sexual behaviour of young people: a Review Update Report. Geneva: UNAIDS; 1997.
- Walter HJ, Valghan RD. AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students. *JAMA*. 1993;270:725-30.
- The State of World Population 1997. New York: United Nations Population Fund; 1997.
- Wasserheit JN. Reproductive tract infections: global impact and priorities for women's reproductive health. New York: Plenum Press; 1998, x p. 61-91.
- Alexander LA, Cates JR, Herndon N, Ratcliff JM. Sexually transmitted diseases in America. Kaiser Family Foundation, Menlo Park, CA; 1998.
- Centers for Disease Control, Division of Sexually Transmitted Diseases. 1997 Annual Report.
- Addiss DG, Vaughn ML, Ludka D, Pfister J, Davis JP. Decreased prevalence of *Chlamydia trachomatis* infection associated with a selective screening program in family planning clinics in Wisconsin. *Sex Transm Dis*. 1993;20:28.
- Scholes D, Stergachis A, Heidrich F, Andrilla H, Holmes KK, Stamm W. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for chlamydial infection. *N Engl J Med*. 1996;334:1362.
- Schachter J. Infection and disease epidemiology. In: Stephens RS, ed. *Chlamydia: intracellular biology, pathogenesis, and immunity*. Washington, DC: American Society for Microbiology; 1999, p. 139-69.
- Geisler WM, Wang C, Morrison SG, Black CM, Bandea CI, Hook EW 3rd. The natural history of untreated *Chlamydia trachomatis* infection in the interval between screening and returning for treatment. *Sex Transm Dis*. 2008;35:119-23.
- Molano M, Meijer CJ, Weiderpass E, Arslan A, Posso H, Franceschi S, et al. The natural course of *Chlamydia trachomatis* infection in asymptomatic Colombian women: a 5-year follow-up study. *J Infect Dis*. 2005;191:907-16.
- Stamm WE. *Chlamydia trachomatis* infections of the adult. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, et al., eds. *Sexually transmitted diseases*. New York: McGraw-Hill; 1999, p. 407-22.
- Cates W Jr, Wasserheit JN. Genital chlamydial infections: epidemiology and reproductive sequelae. *Am J Obstet Gynecol*. 1991;164:1771-81.
- Meyer DS, Halvorson H, Luckhaupt S. Screening for chlamydial infection: an evidence update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2007;147:135.
- Westrom LV, Joesoef R, Reynolds G, Hagdu A, Thompson SE. Pelvic inflammatory disease and fertility. A cohort study of 1,844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopic results. *Sex Transm Dis*. 1992;19:185-92.
- Safiri S, Schachter J, Dahrouge D, Sweet RL. Long-term sequelae of acute pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;166:1300-5.
- Miranda AE, Szwarcwald CL, Peres RL, Page-Shafer K. Prevalence and risk behaviors for chlamydial infection in a population-based study of female adolescents in Brazil. *Sex Transm Dis*. 2004;31(9):542-6.
- Datta S, Sternberg M, Johnson R, Berman S, Papp JR. [HYPERLINK "http://www.annals.org/search?author1=Geraldine+McQuillan&sortspec=date&submit=Submit"](http://www.annals.org/search?author1=Geraldine+McQuillan&sortspec=date&submit=Submit) McQuillan G, et al. Gonorrhea and Chlamydia in the United States among persons 14 to 39 years of age, 1999 to 2002. *Ann Intern Med*. 2007;147:89.
- Kahn RH, Mosure DJ, Blank S, Kent CK, Chow JM, Boudov MR, et al. The Jail STD Prevalence Monitoring Project. *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* prevalence and coinfection in adolescents entering selected US juvenile detention centers, 1997-2002. *Sex Transm Dis*. 2005;32(4):255-9.
- Stergachis A, Scholes D, Heidrich FE, Sherer DM, Holmes KK, Stamm WE. Selective screening for *Chlamydia trachomatis* infection in a primary care population of women. *Am J Epidemiol*. 1993;138:143.
- Cook RL, Hutchison SL, Ostergaard L, Braithwaite RS, Ness RB. Systematic review: noninvasive testing for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. *Ann Intern Med*. 2005;142:914.
- Johnson RE, Newhall WJ, Papp JR, et al. Screening tests to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections. *MMWR Recomm Rep*. 2002;51:1.
- Blanding J, Hirsch L, Stranton N, Wright T, Aarnaes S, De la Maza L, et al. Comparison of the Clearview *Chlamydia*, the PACE 2 assay, and culture for detection of *Chlamydia trachomatis* from cervical specimens in a low-prevalence population. *J Clin Microbiol*. 1993;31:1622.
- Current methods of laboratory diagnosis of *Chlamydia trachomatis* infections. Division of AIDS, Sexually Transmitted Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia 30333, USA. cx22@ciddas1.em.cdc.gov. *Clin Microbiol Rev*. 1997;10(1):160-84.
- Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Sex Transm Dis*. 2002;29:497.
- European STI Management Guidelines; 2001.
- Chesson HW, Blandford JM, Gift TL, Tao G, Irwin KL. The estimated direct medical cost of sexually transmitted diseases among American youth, 2000. *Perspect Sex Reprod Health*. 2004;36:11-9.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Divisão de Clínica Ginecológica. Serviço do Prof. Edmund C. Baracat.

E-mail: josealcione.almeida@gmail.com

TITULAÇÕES

1. Médico-residente (R3) do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia.
2. Médico-chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência.
3. Médica-assistente do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência.

PENFIGOIDE BOLHOSO VULVAR DA INFÂNCIA

CHILDHOOD VULVAR BULLOUS PEMPHIGOID

CAROLINA BURGARELLI TESTA¹, JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA², LANA MARIA DE AGUIAR³

RESUMO

Penfigoide bolhoso é a doença bolhosa autoimune mais comum¹ e manifesta-se com bolhas subepidérmicas tensas na pele e, ocasionalmente, em mucosas. É rara sua manifestação em crianças^{8,15}. Em estudo realizado por Erbagci¹⁶, foram encontrados aproximadamente 50 relatos de caso em crianças. A manifestação em crianças menores de 1 ano é predominantemente palmo-plantar, mas em escolares há tendência de acometimento mucoso¹⁹. O penfigoide bolhoso localizado vulvar da infância é variante rara do penfigoide bolhoso autoimune da infância^{3,10}. Em 2003, havia dez casos relatados da lesão vulvar como sítio primário¹². Em crianças, o diagnóstico deve ser baseado no quadro clínico, mas estudos anatomopatológicos e de imunofluorescência direta e indireta são importantes. O diagnóstico diferencial do penfigoide bolhoso vulvar da infância inclui: herpes simples, eritema multiforme, epidermólise bolhosa adquirida e impetigo bolhoso. O tratamento para doença localizada é corticoide tópico ou sistêmico em baixas doses^{1,15,30}. Em caso de contraindicação ao corticoide, pode-se optar por tacrolimus tópico^{1,10}. Apresenta-se aqui caso de criança com 9 anos de idade, com dor perineal, disúria e lesão vulvar erosiva e úmida, com extensão até o períneo e anatomopatológico revelando dermatite bolhosa com clivagem subepidérmica. É realizado tratamento com prednisona por via oral, 20 mg/dia/10 dias e 10 mg por mais 10 dias. Houve redução da erosão, com aspecto cicatricial após dois meses.

Palavras-chave: penfigoide bolhoso vulvar localizado da infância, penfigoide bolhoso em criança.

ABSTRACT

Bullous pemphigoid is a most common autoimmune bullous disease¹ and manifests with tense subepidermal blisters in the skin and mucous membranes. It is a rare manifestation in children^{8,15}. The outbreak in children under 1 year is predominantly palmar-plantar. In schoolchild there is a tendency for mucous involvement¹⁹. Childhood vulvar bullous pemphigoid is a rare variant of autoimmune bullous pemphigoid^{3,10}. In the literature review there were approximately 50 cases reported in children. Vulvar lesions as prime site were reported in ten cases¹². The diagnosis must be based on clinical and supported by histological and direct and indirect immunofluorescence. The differential diagnosis includes infectious lesions, reactive lesions and other autoimmune diseases. Treatment for disease is topical or systemic steroids^{1,15,30}. We performed a literature review and case report of a 9 years old girl with perineal pain, dysuria and vulvar erosive lesions in perineum and pathology revealing bullous dermatitis with subepidermal cleavage. The oral treatment with prednisone was associated with a reducing erosion and healing aspect after 2 months.

Keywords: childhood bullous pemphigoid, vulvar pemphigoid, vulvar bullous pemphigoid.

INTRODUÇÃO

O penfigoide bolhoso é a doença bolhosa autoimune mais comum¹. Caracteriza-se imunologicamente por autoanticorpos do tipo IgG direcionados contra antígenos da membrana basal^{2,3}, mais especificamente as proteínas de ligação BP180 e BP230, componentes dos hemidesmosmosos⁴ no complexo de adesão dermoepidérmico⁵.

Manifesta-se clinicamente por bolhas subepidérmicas ten- sas na pele e, ocasionalmente, em mucosas e pode se apresentar de forma generalizada e, em raros casos, na forma localizada².

Acometendo geralmente idosos na sexta década de vida^{4,6-9}, implica morbidade importante¹⁰, além de mortalidade de 41% no período de um ano, principalmente à custa de complicações cardiovasculares e sepse¹. Os principais fatores de risco identificados são a idade avançada e a necessidade de uso de corticoide sistêmico por longos períodos¹.

A incidência do penfigoide bolhoso na população geral é de 10 casos por 1 milhão¹. A literatura aponta predileção pelo sexo feminino¹¹.

É rara sua manifestação em crianças^{8,10,12-15}. Segundo o estudo realizado por Erbagci¹⁶ em 2002, foram encontrados aproximadamente 50 relatos de caso de penfigoide bolhoso da infância.

Fisher e Rogers¹⁷, em 2000, estudaram 130 pacientes pré-púberes com doença vulvar e encontraram uma frequência menor que 1% (duas pacientes) de penfigoide bolhoso.

Apesar da baixa incidência, é a doença bolhosa subepidérmica mediada por IgG mais comum em crianças^{2,18,19}. A manifestação em crianças menores de 1 ano é predominantemente palmoplantar. Em escolares, há grande tendência de acometimento mucoso¹⁹. O envolvimento vulvar é descrito em aproximadamente 9% dos adultos e 40% das crianças^{2,18}.

O estudo de Fisler e cols.¹², em 2003, revelou 53 casos de penfigoide bolhoso da infância publicados. Entre eles, os de 26 meninas: 10 com acometimento exclusivamente vulvar e 1 com acometimento vulvar e palmoplantar. A idade variou de 4 meses a 12 anos¹².

Marren e cols., em 1993, examinaram 140 casos de mu- lheres com diferentes doenças bolhosas. Em pacientes com penfigoide bolhoso, o envolvimento vulvar foi encontrado em 9% das adultas e em 66% das crianças. O abuso sexual foi inicialmente aventado em uma das pacientes²⁰.

FISIOPATOLOGIA

O epitélio escamoso estratificado é uma estrutura comple- xa, constituída por queratinócitos aderidos a células adjacentes e à membrana basal. Esta, por sua vez, adere à lâmina própria. O contato célula a célula é feito pelas *tight junctions*, adesinas

(desmosomos) e *gap junctions*. O contato com a membrana basal é feito pelos hemidesmosmosos, estruturas que ligam o citoesqueleto do queratinócito à membrana basal. Os hemi- desmosmosos apresentam proteínas de membrana diferentes das dos desmosmosos, as proteínas 180 kDa e 230 kDa, para as quais são dirigidos os autoanticorpos no penfigoide bolhoso³. Se uma ou mais dessas proteínas estiver defeituosa ou danificada, há a perda da adesão à membrana basal e, então, apresenta-se o fenótipo do penfigoide bolhoso¹¹. Também são descritos anticorpos contra banda 190 kDa²¹.

Sabe-se, portanto, que o penfigoide bolhoso é uma doença bolhosa subepidérmica associada à circulação de autoanti- corpos contra componentes dos hemidesmosmosos^{10,12,13,18}. Todavia, o mecanismo patogênico que determina as dife- rentes manifestações clínicas é desconhecido^{2,6} e, talvez, possa ser atribuído à variação de expressão de antígenos em várias áreas da pele com a idade¹⁵. Assim como nas outras doenças bolhosas autoimunes, pode ocorrer envolvimento de pele e mucosas em diferentes proporções. Nas superfícies mucosas, as lesões iniciais geralmente são bolhosas e a fricção resulta em erosões²⁰.

Entre os possíveis fatores causais, alguns casos reportados notam a manifestação do penfigoide bolhoso dias após a va- cinação combinada de tétano, difteria, *Bordetella pertussis* e poliovírus^{5,16}, além da vacinação contra influenza⁵. Entretanto, não se pôde estabelecer uma relação causal pela raridade da clínica¹⁵. Aventa-se a hipótese de que a vacinação pode ser um dos fatores que estimulam o sistema imune, desencade- ando um mecanismo desconhecido que pode culminar com o desencadeamento de uma resposta autoimune⁶.

Outra hipótese sobre a etiologia do penfigoide bolhoso da infância é a sua relação com a produção de IgA.

Arechalde e cols., em 1999, sugerem que o antígeno LABD1, marcador da dermatite bolhosa por IgA linear, seja um produto da proteólise ou uma isoforma do BP180. Tal hipótese foi baseada na observação de três crianças que apresentavam dermatite por IgA linear e, por *immunoblotting*, apresentavam IgA contra as proteínas de ligação (BP) 180 e 230, marcadores moleculares do penfigoide bolhoso²².

Pablo e cols., em 2007, observaram por *immunoblotting* a presença de IgA em três crianças com penfigoide bolhoso. Como a presença da resposta autoimune mediada por IgA é mais prevalente na infância por conta da imaturidade imuno- lógica e/ou por causa da exposição mais frequente a agentes infecciosos e vacinas, sugere-se estreita relação do penfigoide bolhoso com dermatite bolhosa por IgA linear, doença bolhosa mais comum da infância. Essa relação poderia ser explicada pelo fenômeno de *spreading* do epítipo¹⁹.

Quadro clínico

O penfigoide bolhoso manifesta-se por bolhas tensas, grandes^{1,8}. Acomete tanto pele como mucosas; nestas, a fricção rompe as bolhas com facilidade e, por isso, a manifestação clínica pode ser de erosões dolorosas²⁰.

Em adultos, as lesões tipicamente acometem superfícies flexoras de braços e pernas^{8,12}, axilas e abdome; lesões mucosas (oral, genital e conjuntiva) ocorrem na minoria dos pacientes e são geralmente transitórias¹. Além disso, cursam com altos índices de complicação e grande morbidade associada, geralmente exigindo maior suporte clínico^{1,10}.

Em criança, o penfigoide bolhoso apresenta-se com lesões clinicamente semelhantes à dos adultos, mas o envolvimento palmoplantar e mucoso é muito característico^{5,10}. O curso do penfigoide bolhoso da infância é geralmente indolente, com remissão após alguns meses de tratamento¹² e frequentes exacerbações¹.

Vale ressaltar que há um espectro da severidade da doença, com diferentes níveis de acometimento e de resposta ao tratamento¹⁸.

Forma localizada vulvar da infância – Uma variante

O penfigoide bolhoso localizado vulvar da infância é uma rara variante morfológica do penfigoide bolhoso autoimune da infância^{2,3,10,12,23}. Foi reportado recentemente, com primeiros relatos na década de 1980¹³.

O acometimento vulvar aparenta ser manifestação relativamente comum do penfigoide bolhoso na infância¹⁰, com lesões bolhosas e erosivas em vulva e região perineal que podem permanecer localizadas ou se generalizar^{4,10}. Raramente é visto em crianças com até 1 ano, embora seja encontrado em aproximadamente metade dos casos de crianças mais velhas¹⁵. A maioria dos pacientes com envolvimento genital é de meninas que apresentam doença limitada à vulva¹⁵.

Segundo Fisler e cols., em 2003 havia dez casos relatados de envolvimento vulvar como sítio primário¹².

Diagnóstico

Em adultos, o diagnóstico pode ser feito com sensibilidade de 90% e especificidade de 83% com três dos seguintes critérios clínicos: ausência de lesões atróficas, ausência de envolvimento do pescoço e cabeça, ausência de envolvimento mucoso, idade maior que 70 anos¹.

Em crianças, a suspeita diagnóstica deve ser baseada no quadro clínico, mas o diagnóstico, principalmente quando há envolvimento mucoso, exige estudo anatomopatológico e de imunofluorescência direta e indireta pela técnica de *salt-split*, além de imunoprecipitados.

Os achados mais frequentes são:

- estudo histopatológico da lesão: bolha subepidérmica com infiltrado inflamatório eosinofílico^{1,8,12};
- imunofluorescência direta: depósito linear de IgG e C3 em zona de membrana basal^{8,23,24}; IgG presente em 50% a 90% e C3 presente em 80% a 100% dos casos⁷;
- imunofluorescência indireta *salt-split*: ligação de IgG à face epidérmica (“teto”) da bolha^{1,8,24};
- imunoprecipitado: anticorpos IgG circulantes contra as proteínas da zona de membrana basal (BP180 e BP230)^{1,7,24}.

Nemeth e cols.²⁵ analisaram 33 casos de penfigoide bolhoso na infância disseminado e propuseram os seguintes critérios diagnósticos:

1. idade menor ou igual a 18 anos com lesão clínica de bolhas tensas e histopatologia com bolha subepidérmica com infiltrado inflamatório eosinofílico; e
2. imunofluorescência direta com depósito linear de IgG ou C3 na zona de membrana basal ou IFI com autoanticorpos IgG contra membrana basal circulantes.

A dificuldade diagnóstica ocorre porque a histologia é pouco específica e os achados de imunofluorescência, embora mais fidedignos para o diagnóstico⁹, não fazem o diagnóstico diferencial de certeza²⁶.

O depósito linear de IgG e C3 em zona de membrana basal é semelhante ao de outras doenças bolhosas autoimunes, incluindo epidermólise bolhosa adquirida, penfigoide cicatricial, herpes e erupção bolhosa do lúpus eritematoso sistêmico¹.

O penfigoide cicatricial, por exemplo, apresenta depósito linear de IgG e C3 na zona de membrana basal com a mesma frequência que o penfigoide bolhoso²⁷, mas este pode ocorrer tanto na face dérmica como na epidérmica (ou em ambas) da bolha. Para diferenciá-los, portanto, a evolução e a resposta ao tratamento instituído podem ser de grande valor. O penfigoide cicatricial costuma ter o curso mais agressivo e apresentar pior resposta ao tratamento, mais frequentemente exigindo o uso de imunossuppressores (dapsona, por exemplo)^{26,28}. Já o herpes apresenta IgG ligado à face epidérmica e a epidermólise bolhosa adquirida e o lúpus apresentam IgG em face dérmica¹.

Sugere-se, portanto, que a abordagem diagnóstica em casos de suspeita de penfigoide bolhoso com acometimento vulvar inclua análises de amostras séricas e o estudo anatomopatológico, com imunofluorescências direta e indireta com a técnica *salt-split skin*¹.

Nagano e cols. realizaram o estudo da lesão de um paciente com penfigoide bolhoso da infância por microscopia eletrônica, que demonstrou depósito de autoanticorpos na porção mais alta da lâmina lúcida e na base dos queratinócitos.

A imunoscopia imunoelétrica indireta mostrou que os sítios de ligação dos anticorpos são as regiões intracelulares das placas dos hemidesmossomos²⁴.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial do penfigoide bolhoso vulvar da infância inclui: herpes simples, líquen escleroso, eritema multiforme, epidermólise bolhosa adquirida, lúpus eritematoso bolhoso, impetigo bolhoso e abuso sexual. O depósito de IgG na zona de membrana basal pode ocorrer no penfigoide bolhoso, penfigoide cicatricial, epidermólise bolhosa adquirida e no lúpus eritematoso bolhoso. Desses, a ligação dos anticorpos IgG na epiderme (“teto” da bolha) é visto no herpes, no penfigoide bolhoso e no cicatricial²³.

A importância de realizar o diagnóstico diferencial é a implicação na terapêutica adequada (por exemplo, penfigoide bolhoso tem boa resposta à corticoterapia sistêmica; epidermólise bolhosa adquirida apresenta resistência a corticoide e precisa de terapia mais agressiva)¹ e na distinção de lesões provocadas por abuso sexual^{18,23}. O número de crianças avaliadas com suspeita de abuso sexual é crescente nos últimos anos e é de extrema importância que os médicos reconheçam as lesões dermatológicas vulvares a fim de evitar estigmas e sofrimentos decorrentes de uma suspeita de abuso sexual²⁹.

Terapêuticas propostas

O prognóstico do penfigoide bolhoso vulvar localizado geralmente é favorável, mas não há uma estratégia terapêutica claramente melhor¹⁰. Geralmente, opta-se por imunossupressão e o medicamento de escolha depende da extensão do quadro clínico apresentado.

Entre as possibilidades terapêuticas, estão: corticoide tópico (betametasona, clobetasol), corticoide sistêmico (prednisona), imunossupressores (azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina, dapsona) e tetraciclina¹¹. O mecanismo pelo qual a tetraciclina pode ser instituída inclui sua atividade anticolagenase e a supressão da quimiotaxia leucocitária, que resultam em propriedades anti-inflamatórias¹¹.

Sugere-se que a escolha do tratamento para doença localizada seja o uso de corticoide tópico ou de corticoide sistêmico em baixas doses^{1,15,30}. Em caso de contraindicação ao corticoide, pode-se optar por tacrolimus tópico^{1,10}.

Há descrição do uso de imunoglobulina endovenosa na fase aguda da doença⁸.

RELATO DE CASO

ALE, 9 anos, com dor perineal, disúria e lesão vulvar desde os 6 anos de idade, sem resposta a terapias tópicas (perman-

ganato de potássio, betametasona tópica), foi encaminhada ao nosso serviço para avaliação especializada. Trouxe estudo anatomopatológico da lesão, que mostrava mucosa malphigiana com reação inflamatória crônica inespecífica.

Ao exame, constatou-se lesão erosiva e úmida, em espelho, acometendo vulva com extensão até períneo (Figura 1). Feita a hipótese diagnóstica de penfigoide bolhoso vulvar e iniciado tratamento com prednisona por via oral, 20 mg por dia por dez dias e, depois, 10 mg por dia, além de orientações para cuidados locais. Após dois meses de tratamento apresentava melhora da lesão, com redução da área de erosão úmida em espelho e com borda hipocrômica, de aspecto cicatricial (Figura 2). Optou-se por realização de biópsia, com estudo anatomopatológico revelando dermatite bolhosa com clivagem subepidérmica. A imunofluorescência direta mostrou depósitos lineares intensos de IgG e de C3 na zona de membrana basal (Figuras 3 e 4, respectivamente). Mantida terapêutica, com melhora gradual da lesão.

Figura 1. Lesão antes do tratamento.



Figura 2. Lesão após dois meses de tratamento.



Figura 3. Imunofluorescência direta – depósito linear de IgG na zona de membrana basal.

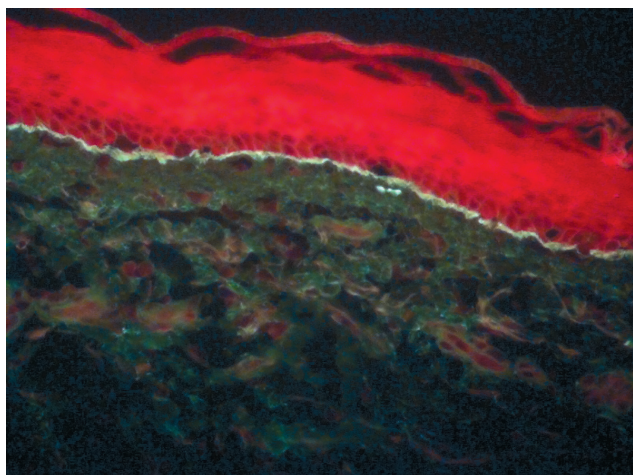
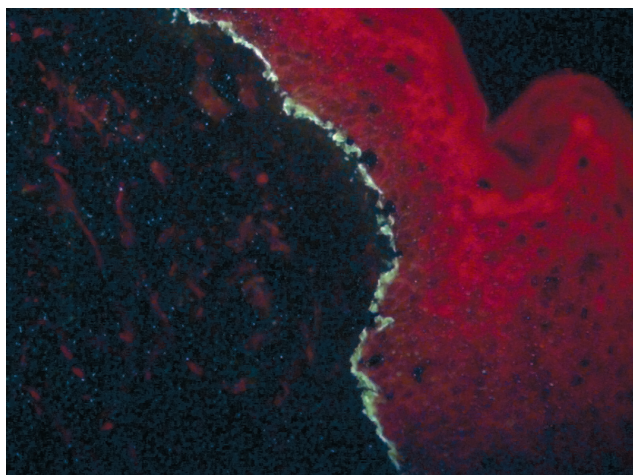


Figura 4. Imunofluorescência direta – depósito linear de C3 na zona de membrana basal.



DISCUSSÃO

Apresentou-se um caso de penfigoide bolhoso vulvar localizado da infância, com confirmação histológica. A paciente apresentou melhora rápida com a terapêutica instituída, sem necessidade de imunossupressores mais potentes. Não houve nenhuma complicação secundária.

Mesmo considerando a baixa incidência do penfigoide bolhoso vulvar da infância, é imprescindível o conhecimento dessa doença pelos profissionais de saúde a fim de que seja instituído o tratamento adequado em tempo hábil. Assim, evitam-se o desconforto da paciente e a possibilidade de lesões cicatriciais com alterações funcionais e/ou estéticas da vulva. Além disso, é um diagnóstico diferencial importante ao se aventar a hipótese diagnóstica de lesões por abuso sexual, já que as lesões podem ter padrão semelhante e abuso sexual deve ser um diagnóstico de certeza, dado o grande estigma social e psicológico que acarreta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Korman NJ. Bullous pemphigoid: the latest in diagnosis, prognosis and therapy. *Arch Dermatol.* 1998;134:1137-41.
2. Alves GF, Éster F, Álvares RR, Friedman H, Campbell IT. Penfigoide bolhoso vulvar localizado, da infância – relato de um caso. *An Bras Dermatol.* 2002;77(5):345-8.
3. Edwards S, Wakelin SH, Wojnarowska F, Marsden RA, Kirtschig G, Bhogal B, et al. Bullous pemphigoid and epidermolysis bullosa acquisita: presentation, prognosis, and immunopathology in 11 children pediatric. *Dermatology.* 1998;15(3):184-90.
4. Lebeau S, Braun RP, Masouyé I, Perrinaud A, Harms M, Borradori L. Acquired melanocytic naevus in childhood vulvar pemphigoid. *Dermatology.* 2006;213:159-62.
5. Méridaa C, Martínez-Escribanob JA, Fríasb JF, Sánchez-Pedreñob P, Corbalánb R. Penfigoide ampoloso en lactante tras vacunación. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96(4):255-7.
6. Baykal C, Okan G, Sarica R. Childhood bullous pemphigoid developed after the first vaccination. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44:348-50.
7. Guenter LC, Shum D. Localized childhood vulvar pemphigoid. *J Am Acad Dermatol.* 1990;22(5):762-4.
8. Xiao T, Li B, Wang YK, He CD, Chen HD. Childhood bullous pemphigoid treated by i.v. immunoglobulin. *J Dermatol.* 2007;34:650-3.
9. Wakelin SH, Allen J, Wojnarowska F. Childhood bullous pemphigoid-report of a case with dermal fluorescence on salt-split skin. *Br J Dermatol.* 1995;133(4):615-8.
10. Lebeau S, Mainetti C, Masouyé I, Saurat JH, Borra L. Localized childhood vulvar pemphigoid treated with tacrolimus ointment. *Dermatology.* 2004;208:273-5.
11. Scully C, Carrozzo M, Gandolfo S, Puiatti P, Monteil R. Update on mucous membrane pemphigoid. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999;88:56-68.
12. Fisler RE, Saeb M, Liang MG, Howard RM, McKee PH. Childhood bullous pemphigoid: a clinicopathologic study and review of literature. *J Am Dermatopathol.* 2003;25(3):183-9.
13. Ramzi WS, Domloge-Hultsch N, Yancey KB, Benson PM, James WD. Childhood localized vulvar pemphigoid is a true variant of bullous pemphigoid. *Arch Dermatol.* 1992;128:807-10.
14. Sáenz AM, González F, Cirocco A, Tacaronte IM, Fajardo JE, Calebotta A. Childhood bullous pemphigoid: a case report and 10-year follow up. *Int J Dermatol.* 2007;46(5):508-10.
15. Waisbourd-Zinman O, Ben-Amitai D, Cohen AD, Feinmesser M, Mimouni D, Adir-Shani A, et al. Bullous pemphigoid in infancy: clinical and epidemiologic characteristics. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58(1):41-8.
16. Erbagci Z. Childhood bullous pemphigoid following hepatitis B immunization. *J Dermatol.* 2002;29(12):781-5.
17. Fischer G, Rogers M. Vulvar disease in children: a clinical audit of 130 cases. *Pediatr Dermatol.* 2000;17(1):1-6.
18. Farrel AM, Kirtschig G, Dalziel KL, Allen J, Dootson G, Edwards S, et al. Childhood vulvar pemphigoid: a clinical and immunopathological study of five patients. *Br J Dermatol.* 1999;140:308-12.
19. Pablo MIM, González-Enseñat MA, Vicente A, Gilaberte M, Mascaró JM. Childhood bullous pemphigoid: clinical and immunological findings in a series of 4 cases. *Arch Dermatol.* 2007;143:215-20.
20. Marren P, Wojnarowska F, Vennig V, Wilson C, Nayar M. Vulvar involvement in autoimmune bullous diseases. *J Reprod Med.* 1993;38(2):101-7.
21. Ostlere LS, Stevens H, Black MM, Rustin MH, Hashimoto T, Nishikawa T. Bullous pemphigoid in infancy: a case report including new immunoblotting observations. *Clin Exp Dermatol.* 1993;18(5):483-5.
22. Arechalde A, Braun RP, Calza AM, Hertl M, Didierjean L, Saurat JH, et al. Childhood bullous pemphigoid associated with IgA antibodies against BP180 or BP230 antigens. *Br J Dermatol.* 1999;140(1):112-8.
23. Schumann H, Amann U, Tasanen K, Muller S, Zillikens D, Metzke D. A child with localized vulvar pemphigoid and IgG autoantibodies targeting the C-terminus of collagen XVII/BP180. *Br J Dermatol.* 1999;140:1133-8.

24. Nagano T, Tani M, Adachi A, Takanaga T, Sakamoto S, Kodama S, et al. Childhood bullous pemphigoid: immunohistochemical, immunoelectron microscopic, and western blot analysis. *J Am Acad Dermatol.* 1994;30(5 Pt 2):884-8.
25. Nemeth AJ, Klein AD, Gould EW, Schachner LA. Childhood bullous pemphigoid: clinical and immunologic features, treatment and prognosis. *Arch Dermatol.* 1991;127:378-86.
26. Schoeffler A, Roth B, Causeret A, Kanitakis J, Faure M, Claudy A. Vulvar cicatricial pemphigoid of childhood. *Pediatr Dermatol.* 2004;21(1):51-3.
27. Venning VA, Frith PA, Bron AJ, Millard PR, Worjnarowska F. Mucosal involvement in bolus and cicatricial pemphigoid: a clinical and immunopathological study. *Br J Dermatol.* 1988;118(1):7-15.
28. Hoque SR, Patel M, Farrel AM. Vulvar pemphigoid in a child misdiagnosed as sexual abuse. *Clin Exp Dermatol.* 2005.
29. Levine V, Sanchez M, Nestor M. Localized vulvar pemphigoid in a child misdiagnosed as sexual abuse. *Arch Dermatol.* 1992;128:804-6.
30. Voltan E, Maeda JY, Muniz Silva MA, Maruta CW, Santi CG, Almeida Zimbres S, et al. Childhood bullous pemphigoid: report of three cases. *J Dermatol.* 2005;32(5):387-92.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA _____

Divisão de Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).
Serviço do professor Edmund Chadda Baracat.

E-mail: josealcione.almeida@gmail.com

TITULAÇÕES _____

1. Médica-residente (R3) do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).
2. Médico-chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas (HC) da FMUSP.
3. Médica-chefe do Setor de Patologia Vulvar da Clínica Ginecológica do HC-FMUSP.

SOCIEDAD ARGENTINA DE GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL

VI Programa de Formación en Ginecología Infanto Juvenil

Curso Universitario Anual avalado por la Universidad Nacional de La Plata y con puntaje para la obtención del Fellow de FIGIJ.

Teórico/práctico con pasantías por 10 hospitales especializados.

Inicio: abril/2011

Curso de Especialización Online en Ginecología Infanto Juvenil

A Distancia – Modalidad e-learning

Teórico – Práctico de 200 horas con evaluación final

Curso universitario avalado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata

Inicio: abril/2011

XVI Curso Anual de Introducción a la Ginecología Infanto Juvenil Nivel I (Presencial)

Modalidad: 1º viernes de cada mes

Inicio: abril/2011 – Arancelado – Examen final y monografía

III Curso Anual de Introducción a la Sexología Clínica

Se dicta el 1º sábado de cada mes – 4 módulos

Inicio: mayo/2011

Informes e inscripción: SAGIJ - Teléfono: (54 11) 4373-2002
E-mail: sagij@sagij.org.ar – WEB: www.sagij.org

TRABALHOS CIENTÍFICOS

Trabalhos apresentados no XI Congresso Brasileiro da SOGIA, em Brasília, de 11 a 14 de agosto de 2010.

APRESENTAÇÃO ORAL

AO 11 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS NO PRONTO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE EM SÃO PAULO

Autores: Pinheiro L., Morais R.R., Ruiz A., Saraiva F.

Instituição: Programa Saúde do Adolescente – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo – Casa do Adolescente de Pinheiros, São Paulo

Resumo: Objetivo: Analisar os diagnósticos mais frequentes no primeiro atendimento e o sucesso terapêutico dos adolescentes atendidos no plantão psicológico de um serviço especializado para adolescentes. Método: Estudo retrospectivo, em que foram selecionados, aleatoriamente, 200 prontuários de adolescentes (100 do sexo feminino e 100 do sexo masculino) de uma população de 892 que demandaram o programa pela primeira vez, entre 2005-2009, no serviço “Dá pra atender?”. A análise incluiu dados pessoais e diagnósticos, no primeiro atendimento, de acordo com a classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR). Resultados: A faixa etária no sexo feminino foi de 15,4 anos e no masculino foi de 13,5 anos. Os cinco diagnósticos mais frequentes em relação ao sexo feminino foram: problemas de fase da vida (18%), problemas de relacionamento entre pai/mãe-criança (14%), depressão (6%), fatores psicológicos que afetam a condição física (sobrepeso – 5%) e transtornos de estresse pós-traumático (5%); no sexo masculino, foram encontrados: problemas de fase da vida (19%), transtornos de aprendizagem (18%), problemas de relacionamento pai/mãe-criança (15%), problemas acadêmicos (14%) e transtorno desafiador de oposição (10%). Grande parte desses diagnósticos foi mudada, como problemas acadêmicos e os inerentes à adolescência. Conclusão: O acolhimento interprofissional e a escuta qualificada no pronto atendimento psicológico são fatores mais importantes no sucesso terapêutico do que o próprio diagnóstico.

AO 12 – PROMOÇÃO DA PAZ: O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM COM ADOLESCENTES

Autores: Takiuti A.D., Leal A.C., Melo E.M.V., Portella C.F.S., Marques H.D., Giampietro M.M., Moraes S.D.T.A.

Instituição: Programa Saúde do Adolescente – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo

Resumo: Objetivo: Analisar a opinião dos profissionais que trabalham com adolescentes referente à promoção da paz. Método: Estudo quali-quantitativo. Aplicou-se questionário semiestruturado, para profissionais de diversas categorias que trabalham com adolescentes, por ocasião de curso de capacitação em atenção à adolescência; análise das entrevistas – metodologia de Bardin (1979); análises estatísticas descritivas e a análise de correlação de Spearman. Resultados: Sete categorias temáticas: 1. Capacidade de diálogo – 26 respondentes (10,56%). “É a capacidade em dialogar e de viver em sociedade”. 2. Respeito ao próximo, respeito às diversidades (21,54%). 3. Estar bem consigo mesmo, com o próximo e com o meio ambiente (11,58%). 4. Garantia dos direitos humanos, sociais, civis e econômicos (9,34%). 5. Paz é uma sensação de tranquilidade e segurança, um estado de espírito (20,73%); a paz é ter uma convivência baseada no amor, na solidariedade e na organização da vida do cosmo. 6. Viver com integridade, ser ético (7,31%). 7. Paz é a ausência de todos os conflitos (9,34%). “É o cessamento de toda violência, seja ela física, ideológica ou intelectual, que impede o ser humano de se desenvolver como um todo”. Conclusão: Esta pesquisa revelou a rede de relações e conexões entre as categorias que formam o ambiente propício à promoção da paz entre os adolescentes. Isso resulta na construção de um conceito de paz por meio de experiências de vida dos profissionais de saúde, que podem atuar como promotores de cultura direcionando para a paz e da redução da violência entre os adolescentes. Permite apropriar e expandir o conceito de paz. Palavras-chave: violência doméstica, adolescentes, cultura de paz.

AO 13 – SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE E JOVEM LÉSBICA, GAY, BISSEXUAL, TRANSGÊNERO (LGBT) PARTICIPANTE DA PARADA DO ORGULHO GAY DE SÃO PAULO

Autores: Leal A.C., Moraes E.M., Pedullo P., Napolitano M., Freitas B.R.

Instituição: Programa Saúde do Adolescente – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo

Resumo: Objetivo: Analisar o perfil de adolescentes e jovens LGBT numa Parada do Orgulho Gay. Método: Utilizada a associação das metodologias qualitativa (Bardin, 1977) e quantitativa. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, na Parada do Orgulho LGBT, em junho de 2009, em São Paulo, Brasil. Resultados: Dos 262 pesquisados, 63,50% eram adolescentes e 36,50%, jovens, sendo 169 (65,50%) do sexo biológico masculino e 93 (35,50%) do sexo feminino. Em relação à conduta sexual, 64,93% eram homossexuais e 35,07% eram bissexuais. Assumiram sua sexualidade: 27,50%, entre 10 e 14 anos; 56,50%, entre 15 e 19 anos; e 4,20%, após os 20 anos. Assumiram para os pais: 70,60% assumiram para a mãe e 49,70% assumiram para o pai. Uso assíduo de camisinha: 48,50%. Vão ao médico preventivamente: 55,40%. Fazem exames preventivamente: 54%. Ao serem atendidos: 59,90% sentem-se bem e 37,4% não muito bem, mal ou muito mal. Número de parceiros: masculinos, 41,93% mais de 10 parceiros e, femininos, 35% mais de 10. Conclusão: A maioria (84%) entrevistada assumiu sua sexualidade entre 10 e 19 anos. Sentem maior dificuldade de assumir sua sexualidade para o pai do que para a mãe, mostrando a falta de apoio familiar. Já 44,60% não vão ao médico preventivamente e 46% não fazem exames preventivos. Tanto 41,93% dos homens como 35% das mulheres tiveram mais de 10 parceiros sexuais, com uso irregular de camisinha em 51,50%, mostrando alta vulnerabilidade à saúde. Mais de 37% desse grupo sentem preconceito e discriminação por parte dos profissionais da rede pública. Esse perfil orienta novas políticas públicas de saúde em adolescência e família, bem como contribui para melhorias do serviço público de saúde.

AO 14 – SÉRIE HISTÓRICA DA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA DAS ADOLESCENTES DA CASA DO ADOLESCENTE DE PINHEIROS, SÃO PAULO, BRASIL, ENTRE OS ANOS DE 2007 E 2009

Autores: Takiuti A.D., Melo E.M.V., Kerr J.M.S., Calvo F., Fernandes L.S., Moraes S.D.T.A., Monteleone M.L.

Instituições: Programa Saúde do Adolescente – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo – Casa do Adolescente de Pinheiros, São Paulo

Resumo: Objetivo: Analisar a citologia oncocítica das adolescentes atendidas em ambulatório de serviço público especializado em atendimento de adolescentes. Método: Trata-se de estudo descritivo em que se analisaram as citologias oncocíticas de 1.021 adolescentes, totalizando uma coleta de 1.253 citologias oncocíticas, colhidas num ambulatório de serviço público especializado em atendimento de adolescentes, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2009, segundo o sistema de Bethesda (2001). Resultados: No grupo geral de 1.253 adolescentes, a idade média das adolescentes foi de 17,15 anos e a mediana, de 17 anos. A citologia oncocítica revelou 80 (6,38%) atípicas celulares. Dessas atípicas, 38 (3,03%) correspondem a células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), 41 (3,27%), a lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) e 1 (0,08%), a lesão intraepitelial de alto grau (HSIL). A microbiologia evidenciou 163 (13%) *Gardnerella vaginalis*, 58 (4,63%) *Candida* sp., 17 (1,36%) *Trichomonas vaginalis* e 13 (1,04%) efeitos citopáticos compatíveis com HPV. Conclusão: Esses achados corroboram a necessidade de detecção precoce, tratamento e ações educativas para diminuir a incidência dessas alterações. Essas adolescentes são estimuladas a realizar precoce e rotineiramente a prevenção de câncer do colo uterino. Palavras-chave: citologia oncocítica, adolescência, atendimento multiprofissional.

AO 15 – SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS DE ALTO RISCO: MELHOR QUALIDADE DE VIDA DOS MESMOS

Autores: Moraes S.D.T.A.* **, Sestokas S.R.Z.*, Freitas L.E.*, Sartis A.*, Pinheiro M.*, Moraes Rosa A.P.A.***, Moraes E.M

Instituições: * Hospital Maternidade Interlagos, SES, São Paulo. ** Núcleo de Estudos sobre Violência e Humanização da Assistência à Saúde (NEVHAS)

Resumo: Objetivo: Acompanhar em ambulatório o desenvolvimento de todos os recém-nascidos (RN) que passaram pela unidade neonatal de internação, assim como o desenvolvimento de todos os RN prematuros (1.500-2.000 g) e os com muito baixo peso ao nascimento (< 1.500 g), nascidos em uma maternidade pública. Método: O ambulatório de atendimento de RN de alto risco do Hospital Maternidade Interlagos (HMI), São Paulo-SP, conta com equipe interdisciplinar: neonatologista, enfermeira responsável pelo aleitamento materno, oftalmologista, ultrassonografista, fonoaudiólogo, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta e neuropediatra. Critérios de inclusão: recém-nascido com peso inferior a 1.500 g e/ou patologias como malformações congênitas, insuficiência respiratória, isoimunização Rh, infecções congênitas, neuropatias, síndrome convulsiva, entre outras. A primeira consulta deverá ser marcada sete dias após a alta. Na alta hospitalar, são fornecidos para a puérpera resumo de alta completo e xerox da folha de rosto, e ela é orientada sobre a importância de comparecer à consulta levando essa documentação. Semanalmente, são realizadas oficinas/reuniões/consultas para amenizar as consequências/sequelas dessas prematuridades, como morbidades neurológicas, especialmente quando associadas a outras complicações da prematuridade, tais como alterações pulmonares, cardíacas e renais, entre outras. Ações apropriadas são desenvolvidas para estimular o desenvolvimento neuropsicomotor dessas crianças. Nesses encontros, diversas orientações são fornecidas para as mães/famílias, porém a instituição acolhe esse binômio mãe-filho se, eventualmente, necessitar, mesmo não sendo o dia de atendimento dessa demanda. O aleitamento materno é estimulado e bem aceito. Do ponto de vista neuropediátrico, os RN são avaliados mensal ou bimensalmente de acordo com cada caso, intensificando-se quando detectada alguma alteração neurológica. Os bebês são então encaminhados à terapia de reabilitação, sendo a fisioterapia motora e a fonoaudiologia as mais usadas. Quanto mais precocemente se inicia essa reabilitação, melhores são os resultados e, consequentemente, com menos sequelas motoras. De janeiro a dezembro de 2008 participaram deste ambulatório: binômio mãe-filho. Resultados: Diminuição da morbimortalidade neonatal e infantil da área de abrangência do HMI. Conclusão: Aumento significativo na sobrevida desses RN associado a incremento na qualidade de vida e acolhimento das diversas demandas das mães e/ou suas famílias.

AO 16 – VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Autores: Cabral Z.A.F., Nascimento C.V., Pereira A.A.

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

Resumo: Objetivo: Este trabalho teve como objetivo avaliar a assistência prestada às mulheres vítimas de violência sexual que procuraram o Hospital Universitário Júlio Müller. Métodos: Estudo descritivo retrospectivo pela análise dos prontuários das mulheres vítimas de violência sexual num período de sete anos. Resultados: Das 267 vítimas, 13,6% eram menores de 10 anos, 53,8% tinham entre 10 e 19 anos. Observou-se que a maioria das agressões foi praticada por pessoas conhecidas (58%) e, ao se relacionarem as faixas etárias das vítimas e o grau de parentesco com os agressores, observou-se que crianças menores de 10 anos foram a categoria que em maior número sofreu violência por parte de um agressor que tem algum grau de parentesco, representando 52,5% dos casos registrados contra crianças. Entre as adolescentes, observou-se que 28,1% foram vitimizadas por agressores com algum grau de parentesco. Ao se avaliar a condição física e mental das vítimas, verificou-se que 15 eram portadoras de algum tipo de deficiência física ou mental e 69,2% delas sofreram violência por agressores conhecidos. Na investigação do número dos episódios de violência contra a mesma mulher, encontrou-se que as vitimizações ocorreram na maioria das vezes como um único episódio, representando 77,1%. Quando o agressor possuía algum grau de parentesco com a vítima, notou-se que a agressão ocorreu em mais de um episódio em 50% delas. Das mulheres atendidas, 53,5% procuraram inicialmente o Instituto Médico Legal, 32,2%, uma delegacia, 9% tiveram nossa instituição como local de primeira procura e apenas 5,4% das vítimas buscaram o Conselho Tutelar. De todos os casos de vítimas de violência sexual analisados, 76,1% mantiveram acompanhamento ambulatorial após o primeiro atendimento. Das vítimas de estupro que mantiveram acompanhamento, 26 engravidaram e só uma optou pela interrupção da gestação. Com relação ao uso de drogas por parte dos agressores durante o ato da violência, a maioria, 64,7%, não estava sob efeito de qualquer tipo de droga. O local mais utilizado pelo agressor foi em 44,7% a casa da própria vítima, seguido pelas vias públicas em 27% e a casa do agressor em 16%. Conclusão: Os resultados encontrados no presente estudo são semelhantes aos da literatura científica acerca do tema, atentando para a necessidade de atendimento contextualizado, com rede que acolhe, trata, age e pensa de forma integrada e alertando para a importância de passar do campo teórico para a prática dessas ações.

AO 17 – PERFIL DO AGRESSOR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ASSISTIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Autores: Pires E.S., Cunha M.C., Fernandes T.B., Camara W.P., Carvalho L.S., Araujo W.J.

Instituições: Hospital Geral de Nova Iguaçu/Universidade Iguaçu (UNIG)

Resumo: Objetivo: Descrever o perfil de crianças e adolescentes atendidas em um Centro de Referência para Violência Sexual. Material e métodos: Estudo transversal de crianças e adolescentes atendidas por equipe multidisciplinar em ambulatório especializado de assistência a vítimas de violência sexual, de janeiro de 2008 a janeiro de 2010. Resultados: Foram assistidas 324 pacientes. Dessas, 112 compareceram apenas para atendimento emergencial, sendo 12,5% crianças (n = 14) e 47,3% adolescentes (n = 53), e 212 foram atendidas no ambulatório para seguimento, sendo 7% crianças (n = 15) e 55,2% adolescentes (n = 117). Quanto ao agressor, entre as crianças predomina o tipo conhecido: 72,4% (n = 21) e a ocorrência no ambiente domiciliar. Entre as adolescentes, o agressor é conhecido em 21,8% (n = 37), em 72,2% dos casos (n = 65) a violência ocorre na rua. Entre as adolescentes, houve 10 casos de abuso sexual crônico, com três gestações decorrentes da violência. As três gestações transcorreram sem anormalidades. Conclusão: A infância e a adolescência são fases de vulnerabilidade. A violência intrafamiliar e a assistência multidisciplinar auxiliam na reestruturação física e psíquica necessárias para a saúde integral dessas vítimas e suas famílias.

Delegados da SOGIA-BR

RIO GRANDE DO SUL

Liliane Herter lherter@terra.com.br
Marcelino H. Poli mepoli@terra.com.br
Glênio Spinato spinato@tpo.com.br

SANTA CATARINA

Fabiana Troian fatroian@yahoo.com.br
Ivana Fernandes ivanafernandes@hotmail.com

PARANÁ

Fernando César de Oliveira Jr. fernandocojr@yahoo.com.br

MATO GROSSO DO SUL

Tatiana Serra da Cruz Vendas
(67) 3384-2982 tatianasc@terra.com.br

DISTRITO FEDERAL

José Domingues Jr. josedo@terra.com.br

GOIÁS

Alessandra Arantes

SÃO PAULO

Ribeirão Preto: Rosana Maria dos Reis ramareis@fmrp.usp.br
São Bernardo do Campo: Encarnação Rodriguez Laghai elaghai@uol.com.br
Barueri: Arlete Gianfaldoni arletegi@terra.com.br

RIO DE JANEIRO

Denise Leite Maia Monteiro denimonteiro2@yahoo.com.br
Filomena Aste Silveira femena@uol.com.br
Elaine Pires elainespibesba@yahoo.com.br / elainespibes@ig.com.br

ESPÍRITO SANTO

Ricardo Cristiano Rocha ricardo.cristiano@yahoo.com.br

MINAS GERAIS

João Tadeu Leite dos Reis joaotadeu@seven.com.br
Claudia Lucia Barbosa Salomão ginecoinfantopub@yahoo.com.br

BAHIA

Cremilda Costa de Figueiredo cremilda@svn.com.br
Márcia Cunha Machado marciascmachado@uol.com.br

CEARÁ

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães mariadelourdes@uol.com.br
Silvia de Melo Cunha smel@oi.com.br

MARANHÃO

Erika Krogh erikakrogh@yahoo.com.br

PARÁ

José Clarindo Martins Neto

Normas e instruções para publicação em nossa revista

Instruções aos autores

A Revista da SOGIA-BR é um periódico trimestral da Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, dirigido aos médicos e profissionais de áreas afins que trabalham no atendimento de crianças e adolescentes. Destina-se à publicação de artigos que versem sobre temas específicos da área e que não tenham sido publicados em outro periódico. Podem ser escritos em português ou em espanhol.

O trabalho deve ser encaminhado preferencialmente pelo e-mail sogia@sogia.com.br, com cópia para joasealcione.almeida@gmail.com, acompanhado de autorização assinada por todos os autores para sua publicação na Revista da SOGIA-BR. Quando for encaminhado pelo correio, deve ser gravado em CD, impresso em duas cópias e enviado para o endereço da SOGIA constante na primeira página da revista.

Quando enviado por e-mail, a autorização para a publicação assinada pelos autores é dispensada desde que conste o endereço eletrônico deles, para contato pela comissão editorial.

Todos os artigos recebidos serão submetidos à análise pela comissão editorial. Os que não se enquadrarem nas normas da revista serão devolvidos com as orientações para as devidas correções.

A revista publica artigos nas categorias Artigo Original (pesquisa prospectiva ou retrospectiva, com casuística ou material próprios), Artigo de Revisão e Relato de Caso. Uma vez aprovado, o artigo passa a ser propriedade da Revista da SOGIA-BR.

Na seção notícias podem ser publicadas cartas aos editores, bem como notícias sobre assuntos de interesse para os leitores, desde que a comissão editorial considere pertinente.

À comissão editorial é dado o direito de aprovar ou não os artigos recebidos.

Os conceitos e opiniões contidos no texto são de inteira responsabilidade dos autores.

Normas para publicação

1. Cada trabalho poderá ter até sete autores, e pelo menos um dos autores deve ser sócio da SOGIA-BR. Para estrangeiros é dispensada a exigência de filiação.
2. Os textos de Trabalho Original, Trabalho de Atualização ou Revisão e Relato de Caso devem ser digitados em arquivo Word em papel tipo A4, letra Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5 e com 12 a 18 páginas.
3. No texto, não se deve fazer uso de letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (Pereira, e não PEREIRA). Não se deve usar ponto em siglas (OMS, e não O.M.S.) nem abreviações diferentes das clássicas e habituais.
4. Na página de rosto do trabalho, devem ser colocados o título, em português e inglês, o nome completo e a titulação dos autores, incluindo a função ou o cargo na instituição onde foi desenvolvido o trabalho.
5. Exige-se a identificação da instituição onde este se desenvolveu. O endereço do autor para correspondência deve ser completo, incluindo e-mail ou fax.
6. O corpo de trabalho de investigação deve ser desenvolvido nos moldes habituais: introdução, casuística e métodos (evitar o termo metodologia), resultados, discussão e conclusão.
7. Todos os trabalhos (original e atualização) devem conter resumo (português) e abstract (inglês) e devem ser redigidos de forma a dar as informações completas do texto, de forma condensada. Sempre colocar palavras-chave e keywords.
8. Figuras, gráficos e tabelas devem ser o mais simples possível, somente com as informações estritamente necessárias à compreensão do texto. Fotos devem ser em alta resolução, próprias para impressão.
9. Referências bibliográficas: não devem ultrapassar 30 referências, que devem ser relacionadas no final do trabalho, por ordem de citação no texto. No texto, as referências devem seguir o padrão exemplificado aqui: *Puberdade precoce ocorre em 20 de cada 20 mil crianças*¹. Essa referência será a primeira da lista das referências bibliográficas no final do texto.

SUMÁRIO

EDITORIAL	2
ARTIGO ORIGINAL	
Eficácia da antibioticoterapia no corrimento genital de meninas pré-púberes	3
ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO	
<i>Chlamydia trachomatis</i> na população adolescente	7
RELATO DE CASO	
Penfigoide bolhoso vulvar da infância	15
NOTÍCIAS E AGENDA	21

COMISSÃO EDITORIAL

EDITOR

José Alcione Macedo Almeida

EDITOR ASSOCIADO

Álvaro da Cunha Bastos (SP)

CORPO EDITORIAL

Adriana Lipp Waissman (SP)

Albertina Duarte Takiuti (SP)

Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)

Claudia Lúcia Barbosa Salomão (MG)

Cremilda Costa de Figueiredo (BA)

Cristina Falbo Guazzelli (SP)

Denise Maia Monteiro (RJ)

Elaine da Silva Pires (RJ)

Erika Krogh (MA)

Fernando César de Oliveira Jr. (PR)

Glênio Spinato (RS)

João Bosco Ramos Borges (SP)

João Tadeu Leite dos Reis (MG)

Jorge Andalaft Neto (SP)

José Domingues dos Santos Jr. (DF)

José Maria Soares Jr. (SP)

Laudelino de Oliveira Ramos (SP)

Liliane D. Herter (RS)

Marcelino H. Poli (RS)

Márcia Sacramento Cunha (BA)

Marco Aurélio K. Galletta (SP)

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães (CE)

Maria Virginia F. Werneck (MG)

Marta Francis Benevides Rehme (PR)

Ricardo Cristiano Leal Rocha (ES)

Romualda Castro do Rego Barros (PE)

Tatiana Serra da Cruz Vendas (MS)

Vicente Renato Bagnoli (SP)

Zuleide Felix Cabral (MT)

CORPO DIRIGENTE DA SOGIA-BR

Presidente Emérito:

Álvaro da Cunha Bastos

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente:

José Alcione Macedo Almeida

josealcione.almeida@gmail.com

Tel.: (11) 3825-2547

Vice-Presidente:

Vicente Renato Bagnoli

vrbagnoli@uol.com.br

1º Secretário

Marco Aurélio K. Galletta

mgalletta@uol.com.br

2º Secretário

João Bosco Ramos Borges

drbosco@terra.com.br

1º Tesoureira

Ana Célia de Mesquita Almeida

anacelia.mesquita@yahoo.com.br

2º Tesoureiro

Jorge Andalaft Neto

Diretora de Relações Públicas

Albertina Duarte Takiuti

albertinaduarte@ajato.com.br

VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

Vice-Presidente Região Sul

Marta Francis Benevides Rehme

martarehme@uol.com.br

Vice-Presidente Região Sudeste

Laudelino de Oliveira Ramos

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

Zuleide Felix Cabral

zuleidecabral@terra.com.br

Vice-Presidente Região Norte-Nordeste

Romualda Castro do Rego Barros

Tel.: (81) 3342-0682

romycastro1@hotmail.com

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua João Moura, 860/53

Jardim América

CEP 05412-002 – São Paulo, SP

Fax: (11) 3088-2971

sogia@sogia.com.br

josealcione.almeida@yahoo.com.br

www.sogia.com.br



A VIRADA DO ANO

Caros amigos da SOGIA-BR,

O ano de 2010 findou-se e com grande expectativa aguardamos tudo que está por acontecer em 2011 no Brasil e no mundo.

Este ano, sem dúvida, será rápido e importante para todos nós, membros da SOGIA-BR, colaboradores e profissionais que atuam no atendimento a crianças e adolescentes em geral, pois logo mais viraremos o ano novamente com a chegada de 2012, quando acontecerá o nosso congresso nacional, na segunda quinzena do mês de novembro.

A responsabilidade será grande, porque os eventos da SOGIA-BR cada vez mais se mostram relevantes, com ótimo nível científico, constituindo-se em excelente ocasião para atualização e troca de experiências científicas e também em oportunidade agradável para revermos os amigos.

Esperamos e, como sempre, contamos com a intensa e ativa participação dos sogianos das mais diferentes regiões do Brasil, pois o êxito dos nossos congressos sempre foi resultado do trabalho coletivo. São Paulo está muito orgulhosa e feliz em recebê-los.

A SOGIA-BR segue caminhando a passos largos, sempre com o objetivo de cuidar dos interesses dos seus associados e colaboradores. A reformulação do nosso *site* está adiantada, com inovações bastante interessantes, informativas e práticas. Nossa revista continua circulando com matérias que despertam o interesse dos leitores e será disponibilizada também no nosso *site*. Paralelamente, estamos tomando as providências exigidas com a meta da indexação da revista, para assim oferecer, aos membros da sociedade e profissionais interessados nessa linha de atualização, ferramentas para aprimoramento com divulgação da experiência das mais diferentes escolas.

Contamos com vocês na participação dos encontros regionais, nacionais e internacionais, bem como na colaboração com artigos, casos clínicos e outros assuntos de interesse para apresentação no *site* e publicação na revista.

A Diretoria Executiva, os Vice-Presidentes Regionais e a Comissão Editorial agradecem a todos pelo companheirismo e pela participação, desejando muita paz, saúde e amor neste ano que se inicia.

Abraços a todos,

Vicente Renato Bagnoli
Vice-Presidente da SOGIA-BR

EFICÁCIA DA ANTIBIOTICOTERAPIA NO CORRIMENTO GENITAL DE MENINAS PRÉ-PÚBERES

EFFICACY OF ANTIBIOTIC THERAPY IN THE GENITAL DISCHARGES OF PREPUBERAL GIRLS

FELISBELA SOARES DE HOLANDA¹, LÚCIA HELENA LAPRANO VIEIRA¹,
ALEXANDRE GUILHERME ZABEU ROSSI¹, EDMUND CHADA BARACAT¹, JOSÉ MARIA SOARES JR.¹

RESUMO

Objetivo: Identificar a etiologia e as características clínicas do corrimento genital em meninas pré-púberes e avaliar a eficácia do uso de antibiótico no tratamento da infecção do trato genital inferior em meninas pré-púberes. **Pacientes e métodos:** Estudo retrospectivo avaliando meninas pré-púberes no período de janeiro de 1998 a janeiro de 2008. Para avaliação da antibioticoterapia, foram incluídas 210 meninas pré-púberes, que foram agrupadas em: a) antibioticoterapia (n = 58) e b) apenas receberam orientação higiênica (n = 163). **Resultados:** Após tratamento, observou-se que a resposta das meninas que receberam antibioticoterapia foi inferior à das meninas que tiveram apenas orientação higiênica ($p < 0,01$, *odds ratio* = 0,27 [0,15 – 0,51]). Os motivos identificados com a falha na terapêutica do grupo de antibioticoterapia (n = 32) foram: infecção fúngica secundária (n = 20), líquen escleroso (n = 8), deficiência imunológica (n = 2) e outros (n = 2). **Conclusão:** Nossos dados mostram que a orientação higiênica apresentou resultados superiores ao emprego de antibióticos no corrimento genital de meninas pré-púberes.

Palavras-chave: corrimento genital, antibióticos, orientação higiênica, meninas pré-púberes.

ABSTRACT

Objective: To identify the etiology and clinical features of prepubertal girl genital discharges. Assess the use of antibiotic treatment effectiveness on the inferior genital tract infection of prepubertal girls. **Patients and methods:** Retrospective study evaluating prepubertal girls from January 1998 to January 2008. For the evaluation of antibiotic therapy, were included 210 prepubertal girls that were divided into: a) antibiotic treatment (n = 58); b) only received hygienic advice (n = 163). **Results:** After treatment, we observed that the response of girls who received antibiotics was lower than the ones with only hygienic advice ($p < 0.01$, *odds ratio* = 0.27 [0.15 – 0.51]). The possible reasons identified with the antibiotic treatment failure (n = 32): secondary fungus infection (n = 20), lichen sclerosus (n = 8), immunological deficiency (n = 2) and others (n = 2). **Conclusion:** Our data show that hygienic advice presented better results than the use of antibiotics in the genital discharges of prepubertal girls.

Keywords: genital discharges, antibiotics, hygienic advice, prepubertal girls.

INTRODUÇÃO

O corrimento genital, em geral, é resultado de vulvovaginite (processo inflamatório que acomete o trato genital inferior, sobretudo as regiões da vulva e da vagina). Na infância e na adolescência, 75% de causas são inespecíficas, ou seja, contaminação da flora bacteriana do trato gastrointestinal. Nas adolescentes sexualmente ativas, as bactérias da vaginose bacteriana e as infecções fúngicas são mais prevalentes^{1,2}.

O conceito de corrimento genital é a anormalidade na quantidade ou no aspecto físico do conteúdo vaginal, que se exterioriza pelos órgãos genitais externos, podendo ser sintoma referido pela paciente ou apenas identificado pelo clínico². Contudo, deve-se diferenciar essa alteração da umidade natural da região genital, que é representada por quantidade mínima de secreção esbranquiçada com característica mucinoide. Na adolescente, a análise desse conteúdo tem raros leucócitos, células vaginais descamadas, bastonetes Gram-positivos, ácidos orgânicos (ácido lático) e teste das aminas negativo. No período periovulatório, pode haver confusão dessa afecção com secreção mucoide oriunda da estimulação estrínica no colo cervical (fisiológica)^{1,2}.

O tratamento clássico do corrimento genital durante a infância é a orientação higiênica e excluir outras afecções que possam predispor à infecção no trato genital inferior². Contudo, há controvérsias sobre o emprego de antibióticos poderia eficiente no tratamento³⁻⁵. Portanto, este estudo retrospectivo visa identificar a etiologia, as características clínicas e se uso de antibiótico poderia ser útil no tratamento da vulvovaginite durante a infância.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Os dados foram coletados dos prontuários de todas as meninas sem sinais de desenvolvimento puberal com corrimento genital e/ou vulvovaginite, que foram atendidas no Ambulatório de Ginecologia da Infância e da Adolescência do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo. O período de coleta foi de janeiro de 1998 a janeiro de 2008. Para avaliação da eficiência da terapia (antibioticoterapia *versus* orientação higiênica), foram incluídas 221 meninas pré-púberes que tinham resultado de cultura de conteúdo vaginal com antibiograma, pesquisa de fungos e teste da fita para oxiúros. Não foram incluídas: meninas com endocrinopatias (diabetes, deficiência enzimática da suprarrenal, síndrome de Cushing ou distúrbios da tireoide), processo alérgico, doenças autoimunes, deficiência imunológica adquirida ou congênita, bem como

vítimas de abuso sexual e presença de corpo estranho. Além disso, não foram analisadas as meninas com infecção fúngica ou com oxiúros.

Foram analisados também detalhes da duração e cor do corrimento, incluindo dor, hiperemia, prurido e sintomas urinários. Foram coletados também dados sobre o tipo e o resultado do tratamento, bem como a duração do acompanhamento e a alternativa empregada para amenizar o processo inflamatório no trato genital inferior na falha do tratamento prévio.

Para avaliar o efeito da terapia sobre a queixa de corrimento genital, as meninas pré-púberes foram separadas em dois grupos de tratamento: a) antibioticoterapia (n = 58); b) apenas receberam orientação higiênica (n = 163). O antibiótico mais empregado foi a cefalexina (n = 48) e a ampicilina (n = 10).

Análise estatística

Os dados foram realizados pela elaboração de tabelas descritivas utilizando-se frequência e foi empregado o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Foi considerado significativo valor de $p < 0,05$. Para desenvolvimento desses procedimentos estatísticos, foi utilizado o pacote Statistical Analysis System (SAS), versão 6.4.

RESULTADOS

As principais características clínicas estão resumidas nas tabelas 1 e 2. Nota-se que as pacientes relatam mais corrimento amarelado do que de outras colorações. A etiologia bacteriana foi a mais prevalente (*E. coli* foi a bactéria mais frequente). A queixa mais frequente foi prurido vulvar em 50% das meninas pré-púberes, seguido por odor fétido e sintomas irritativos do sistema urinário.

Tabela 1. Características do corrimento genital em 276 meninas pré-púberes

Etiologia	Bacteriana (80%, n = 221)	<i>Escherichia coli</i>	59% (n = 130)
		<i>Enterococcus</i>	19% (n = 42)
		<i>Klebsiella</i> sp.	11% (n = 24)
		<i>Streptococcus</i> sp.	7% (n = 16)
		Outros	4% (n = 9)
	Fúngica (15%, n = 41)	<i>Candida albicans</i>	95% (n = 39)
		Outros fungos	5% (n = 2)
		<i>Enterobius vermicularis</i> (4%, n = 11)	
		Não identificado (1%, n = 3)	
Corrimento genital (causa bacteriana) – n = 221			
Cor	Amarelado		80% (n = 177)
	Esverdeado		10% (n = 22)
	Escurecido		10% (n = 22)

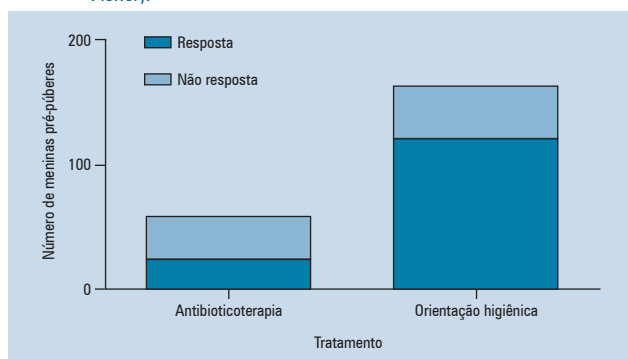
Tabela 2. Características clínicas em 276 meninas pré-púberes com corrimento genital e correlação com a cultura do conteúdo vaginal

Queixa de prurido	50% (n = 138)	<i>Candida albicans</i>	50% (n = 69)
		<i>Escherichia coli</i>	40% (n = 55)
		Outros	10% (n = 14)
Queixa de odor	40% (n = 110)	<i>Escherichia coli</i>	60% (n = 66)
		<i>Enterococcus</i>	30% (n = 33)
		Outros	10% (n = 11)
ITU concomitante*	10% (n = 28)	<i>Escherichia coli</i>	90% (n = 25)
		Outros	10% (n = 3)

*Confirmado pelo exame de urina tipo I e urocultura.

Após tratamento, observa-se que a resposta das meninas que receberam antibioticoterapia foi inferior à das meninas que tiveram apenas orientação higiênica ($p < 0,01$, *odds ratio* = 0,27 [0,15 – 0,51]) (Fig. 1). Os motivos identificados com a falha na terapêutica do grupo de antibioticoterapia ($n = 32$) foram: infecção fúngica secundária ($n = 20$), líquen escleroso ($n = 8$), deficiência imunológica ($n = 2$) e outros ($n = 2$). No grupo que recebeu orientação higiênica ($n = 41$), foram encontradas as prováveis causas relacionadas com a não resposta: não aderência às orientações ($n = 28$), líquen escleroso ($n = 12$) e outros ($n = 1$). Deve-se ainda mencionar que as 22 pacientes com infecção urinária fizeram parte do grupo antibioticoterapia e 10 meninas desenvolveram infecção fúngica secundária.

Figura 1. Comparação entre as terapias avaliadas em 221 meninas pré-púberes com corrimento genital de origem bacteriana ($p < 0,01$, teste de Fisher).



DISCUSSÃO

Nossos resultados mostram maior frequência das infecções por bactérias oriundas do trato gastrointestinal, principalmente a *E. coli*. Contudo, outros autores encontraram *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A como mais prevalente em crianças pré-púberes sintomáticas⁶. Outros autores sugerem que o *Haemophilus influenzae* seria causa de otite média, pneumonia, sinusite e, eventualmente, de infecção no trato genital inferior, resultando em corrimento genital⁷, como patógenos

oportunistas. Contudo, não foi encontrado esse agente em nossa amostra.

Em geral, *Candida albicans* pode ser encontrada em meninas pré-púberes que usam roupas apertadas ou em situações com fatores predisponentes, tais como uso recente de antibiótico ou tratamento com corticosteroides, ou em diabéticas descompensadas⁸. Em nossa casuística, 15% das meninas tinham infecção fúngica durante a primeira visita. Deve-se ressaltar que um dos motivos de persistência de infecção genital após antibioticoterapia foi infecção por fungos (69% das causas). Outros autores também observaram esse efeito colateral do uso de antibióticos sobre o trato genital^{9,10}. Portanto, o emprego de antibióticos pode predispor à infecção secundária do trato genital inferior por fungos. Deve-se salientar que 10% das meninas com corrimento genital em nossa casuística têm infecção do trato urinário concomitante. Assim, deve-se também tratar esse processo com antibióticos e também orientar sobre a higiene adequada para evitar a persistência do corrimento.

Outra causa comum de vulvovaginite é a infestação pelo *Enterobius vermicularis* e deve ser considerada em meninas que têm sintomas de pruridos perineais noturnos^{2,6}. Em nossa casuística, esse agente foi responsável por 4% das causas de corrimento genital.

Finalmente, nossos dados mostram que a orientação higiênica apresentou resultados superiores ao emprego de antibióticos. Assim, recomenda-se: evitar contato da área genital com desodorantes, sabonetes perfumados, banhos de espuma ou gel de banho; secar a região anogenital completamente após o banho ou piscina; limpar a área genital de frente para trás após evacuar; usar papel higiênico branco; lavar as mãos frequentemente; escolher roupas íntimas de algodão e lavadas com sabão glicerinado e sem perfume; evacuar com as pernas bem abertas^{2,6,11,12}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Deligeorgiou E, Salakos N, Makrakis E, Chassiakos D, Hassan EA, Christopoulos P. Infections of the lower female genital tract during childhood and adolescence. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2004;31(3):175-8.
2. Soares Jr JM, Holanda FS, Simões RS, Haidar MA, Baracat EC. Vulvovaginites na infância e na adolescência. In: Vitalle MSS, Medeiros EHGR, eds. *Adolescência: uma abordagem ambulatorial.* 1ª ed. Barueri, SP: Manole; 2008, p. 287-96.
3. O'Brien TJ. Paediatric vulvovaginitis. *Australas J Dermatol.* 1995;36(4):216-8.
4. Koumantakis EE, Hassan EA, Deligeorgiou EK, Creatsas GK. Vulvovaginitis during childhood and adolescence. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 1997;10(1):39-43.
5. González Pedraza Avilés A, Ortíz Zaragoza MC, Irigoyen Coria A. Bacterial vaginosis a "broad overview". *Rev Latinoam Microbiol.* 1999;41(1):25-34.
6. Chambo Filho A, Rocha RCL, Fiorillo CA. Fluxo vaginal na infância. *Revista da SOGIA.* 2010.
7. Makwela MR. Paediatric vaginal discharge. *SA Fam Pract.* 2007;49(7):30-1.
8. Dei M, Di Maggio F, Di Paolo G. Vulvovaginitis in childhood. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010;24(2):129-37.

9. Velemínský M, Tosner J. Relationship of vaginal microflora to PROM, pPROM and the risk of early-onset neonatal sepsis. *Neuro Endocrinol Lett.* 2008;29(2):205-21.
10. Tabrizi SN, Pirotta MV, Rudland E, Garland SM. Detection of *Candida* species by PCR in self-collected vaginal swabs of women after taking antibiotics. *Mycoses.* 2006;49(6):523-4.
11. Jasper JM. Vulvovaginitis in the prepubertal child. *Clin Ped Emerg Med.* 2009;10:10-3.
12. Joishy M, Ashtekar CS, Jain A, Gonsalves R. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? *BMJ.* 2005;330:186-8.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

José Maria Soares Júnior

Rua Sena Madureira, 1245, ap. 11 • Vila Clementino • 04021-051 • São Paulo – SP

Telefax: (11) 5579-3321

E-mail: jsoares415@hotmail.com

TITULAÇÃO

1. Ambulatório de Ginecologia da Infância e da Adolescência do Departamento de Ginecologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

CHLAMYDIA TRACHOMATIS NA POPULAÇÃO ADOLESCENTE

CHLAMYDIA TRACHOMATIS ON ADOLESCENT POPULATION

DANIEL BIER CARAÇA¹, JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA², ARLETE GIANFALDONI³

RESUMO

A infecção por *Chlamydia trachomatis* é uma das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) mais comuns e prevalentes no mundo e apresenta incidência elevada entre a população feminina adolescente. Ela é responsável por inúmeras intercorrências clínicas como gravidez ectópica, moléstia inflamatória pélvica aguda e infertilidade, porém muitas pacientes são assintomáticas ou oligossintomáticas. Assim sendo, a implantação de métodos de rastreamento e tratamento nessa população tem demonstrado diminuição nas taxas de infecção e complicações clínicas tardias. O diagnóstico por técnicas de amplificação do ácido nucleico, principalmente em amostras urinárias, tem demonstrado alta sensibilidade e especificidade, além de excelente aceitabilidade por parte da população adolescente. Os objetivos deste estudo são estabelecer uma estimativa da prevalência da infecção por *Chlamydia trachomatis* na população adolescente, avaliando os principais fatores de risco e quadro clínico dessa DST, além de avaliar a validade dos principais métodos de rastreamento nesse grupo.

Palavras-chave: *Chlamydia trachomatis*, adolescente, tratamento, diagnóstico, métodos de rastreio, epidemiologia.

ABSTRACT

The infection of Chlamydia trachomatis is a sexually transmitted diseases (STDs) most common and prevalent in the world and presents high incidence among the female adolescent. She is responsible for numerous clinical complications such as ectopic pregnancy, acute pelvic inflammatory disease and infertility, but its main clinical manifestation is asymptomatic patients or oligosymptomatic. Therefore, implementation of methods of screening and treatment in this population has demonstrated reduction of infection rates and clinical complications in the future. The diagnosis by means of amplification of nucleic acid, especially in urinary tract samples, has shown a high sensitivity and specificity, and excellent acceptance by the adolescent population. The objectives of this study are to establish an estimate of the prevalence of Chlamydia trachomatis infection in the adolescent population, assessing the main risk factors and clinical manifestations of STDs, in addition to assessing the validity of the main methods of tracking this group.

Keywords: *Chlamydia trachomatis, adolescent, treatment, diagnosis, methods of screening, epidemiology.*

INTRODUÇÃO

Adolescentes constituem um importante grupo para a prevenção primária da aquisição e transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), pois, além de muitos estarem no início de sua atividade sexual e reprodutiva, são menos propensos a se preocuparem com fatores de risco¹.

Somente a informação não é suficiente para os adolescentes avaliarem com precisão os fatores de risco e lidarem com desafios, tais como informar parceiros sobre a prevenção das infecções ou enfrentar as complicações das DSTs².

Aproximadamente, 50% dos adolescentes abaixo de 17 anos, nos países da América Latina, têm atividade sexual³.

A iniciação sexual precoce aumenta o risco de gravidez e transmissão de doenças sexualmente transmissíveis.

A infecção genital por *Chlamydia trachomatis* é considerada uma das DSTs mais comuns e prevalentes no mundo e está associada a diversas intercorrências clínicas como conjuntivite e pneumonia no recém-nascido, linfogranuloma venéreo, tracoma endêmico e, principalmente, doença inflamatória pélvica com suas complicações (infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica)⁴.

Uma proporção significativa das pacientes é assintomática ou oligossintomática⁴, favorecendo, assim, uma permanente fonte de infecção que a longo prazo acarreta inúmeras complicações clínicas e gastos financeiros. Estima-se que 3 a 4 milhões de novos casos de infecção por *Chlamydia trachomatis* ocorrem anualmente nos Estados Unidos e menos de dois terços desses são diagnosticados^{5,6}.

A prevalência de *Chlamydia trachomatis* é maior entre as adolescentes e adultas jovens comparadas com outras faixas etárias⁷. A implantação de testes de rastreamento e seguimento nessa população tem demonstrado diminuição nas taxas de infecção e complicações clínicas futuras^{7,8}.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo a obtenção da estimativa da prevalência da infecção por *Chlamydia trachomatis* entre a população adolescente, avaliando os principais fatores de risco e quadro clínico dessa DST, bem como a validade dos principais métodos de rastreamento nesse grupo.

MÉTODOS

O método utilizado neste estudo foi mediante pesquisa no sistema PubMed/Medline, Ovid, UpToDate. Os descritores utilizados foram: *Chlamydia trachomatis*, *adolescence*, *risk factors*, *sexually transmitted diseases*. Os artigos consultados foram selecionados objetivamente de acordo com a relevância para conceituação, prevalência, quadro clínico, diagnóstico e fatores de risco da *Chlamydia trachomatis* na população adolescente, publicados nos últimos 15 anos.

Microbiologia e história natural

Chlamydia trachomatis é uma pequena bactéria Gram-negativa com propriedades biológicas únicas que se distinguem de todos os outros organismos vivos. É um parasita intracelular obrigatório com um ciclo de vida que consiste em duas fases principais⁹.

Pequenos corpos elementares atacam e penetram nas células, mudando sua forma metabolicamente ativa para os chamados corpos reticulares, em um período de seis a

oito horas. Essas formas criam grandes inclusões dentro de células.

Os corpos reticulares reorganizam-se em pequenos organismos elementares, e no prazo de dois a três dias as células se rompem, libertando recém-formados corpos elementares. Essa forma, então, pode atacar novas células⁹.

A principal via de transmissão da *Chlamydia trachomatis* para os sorotipos de interesse para este estudo é a sexual.

Estudos sobre a história natural da infecção pela *Chlamydia trachomatis* são esparsos⁴, uma vez que esbarram principalmente na questão ética, visto que um *screening* positivo significa tratamento para evitar futuras complicações¹⁰. Sabe-se que a pessoa infectada pode ter resolução espontaneamente, pode persistir com a bactéria ou desenvolver a doença.

Alguns estudos que analisaram a taxa de resolução espontânea da infecção indicaram uma prevalência que varia entre 18%-44,7% de cura. Todos ressaltaram a importância da análise temporal como um fator prognóstico importante na taxa de cura^{10,11}.

Como exemplo, em um estudo de 2008 realizado na Jefferson County Department of Health Sexually Transmitted Diseases (STD) Clinics em Birmingham, AL, para analisar a taxa de resolução espontânea da infecção, 129 pacientes foram avaliadas durante um *screening* positivo e no retorno para checar o resultado, quando então iniciariam o tratamento (média de 13 dias). A taxa de resolução da doença ficou em torno de 18%⁹.

A persistência da infecção pode variar de quadro clínico assintomático⁴, que equivale à maioria dos casos, a diversas formas clínicas que serão discutidas separadamente a seguir.

Existem 15 sorotipos de *Chlamydia trachomatis*. Os principais são D, E, F, G, H, I, J e K, que são os sorotipos que causam conjuntivite, pneumonia no recém-nascido, uretrite, cervicite, epididimite, salpingite e síndrome uretral aguda.

Manifestações clínicas

Embora a maior parte das pacientes infectadas por *Chlamydia trachomatis* se apresente sob a forma assintomática⁴, as manifestações clínicas podem variar desde sintomas inespecíficos a quadros sépticos de grandes abscessos peri-hepáticos.

A ausência aparente de sintomas faz com que as mulheres abriguem esse organismo por um período de tempo muito longo. Esse reservatório coloca as mulheres em risco de infecção ascendente do trato genital, com consequente efeito adverso sobre a saúde reprodutiva.

As principais formas de apresentação clínica da doença são:

- Bartholinite: *Chlamydia trachomatis* produz uma infecção exsudativa nos ductos de Bartholin proporcionando o aparecimento de abscesso local.

- Síndrome uretral aguda: infecção uretral frequentemente é acompanhada de cervicite. Essas mulheres apresentam sintomas típicos de uma infecção do trato urinário, tais como aumento das micções, disúria e, ocasionalmente, dor em baixo ventre. A análise da urina revela leucocitúria, mas não são vistos organismos na bacterioscopia (Gram) ou na cultura tradicional.
- Cervicite: a infecção por *Chlamydia trachomatis* é uma das principais causas de cervicite mucopurulenta⁴. Embora cerca de dois terços das mulheres não tenham quaisquer sinais ou sintomas de infecção, um terço tem evidência clínica^{9,12}. Quando ocorrerem sintomas, corrimento vaginal, dor abdominal mal diferenciada ou dor em baixo ventre são os mais frequentes. Embora o exame físico seja frequentemente inespecífico, corrimento mucopurulento associado à hipertrofia cervical (ectopia cervical, edema, congestão e friabilidade) pode ser notado. Úlceras endocervicais também podem ser vistas.
- Moléstia inflamatória pélvica aguda (MIPA): é definida como uma afecção do trato genital superior que inclui qualquer combinação de endometrite, salpingite, abscesso tubo-ovariano e pelviperitonite⁴. Cerca de 30% das mulheres com infecção por *Chlamydia trachomatis* desenvolverão MIPA se não forem tratadas¹³. O toque bimanual pode revelar a presença de hipertermia vaginal com dor à mobilização do colo do útero e anexos (endometrite e salpingite) ou, ainda, a presença de abaulamento em fundo de saco sugerindo a presença de abscesso. As maiores preocupações são as sequelas que podem ocorrer em longo prazo nas mulheres com MIPA.
 - Infertilidade: estima-se que menos da metade dos casos de MIPA por *Chlamydia trachomatis* apresentem sintomas clínicos. O restante dos casos se apresenta sob a forma assintomática ou oligosintomática, acarretando, assim, uma infecção crônica, subaguda ou latente em grande número de mulheres¹³. Não só a infecção silenciosa, mas as repetidas infecções sintomáticas podem resultar em uma cicatriz progressiva das tubas uterinas que leva, conseqüentemente, a um fator tubário de infertilidade. Estima-se que 20% das mulheres com MIPA se tornem inférteis¹⁴.
 - Gravidez ectópica: assim como a infertilidade, a gravidez fora da cavidade uterina está relacionada a infecções por *Chlamydia trachomatis*, principalmente em virtude da alteração da anatomia da tuba uterina que dificulta, desse modo, a migração do óvulo para o útero, favorecendo a gravidez ectópica. Está diretamente ligada ao número de episódios de MIPA a que a paciente foi exposta¹⁵.
- Dor pélvica crônica: geralmente devida à presença de aderências pélvicas resultantes da resposta inflamatória aguda¹⁶. A prevalência varia de 17%-24% das pacientes¹⁴.
- Peri-hepatite (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis): ocasionalmente as pacientes com infecção por *C. trachomatis* desenvolvem peri-hepatite, uma inflamação da cápsula do fígado e superfície peritoneal adjacente. Deve-se suspeitar de peri-hepatite em pacientes com dor no quadrante superior direito ou dor pleurítica no contexto clínico de uma infecção do trato genital inferior. Normalmente não está associada com alterações das enzimas hepáticas. É uma afecção mais comumente vista em MIPA, ocorrendo de 5% até 15% dos casos⁴.
- Complicações na gravidez: infecção por *C. trachomatis* pode aumentar o risco de rotura prematura das membranas e baixo peso ao nascer. Se a gestante não for tratada, 20% a 50% dos recém-nascidos poderão desenvolver conjuntivite e 10% a 20% poderão desenvolver pneumonia⁴.

Epidemiologia

Estima-se que aproximadamente 4 milhões de casos de infecção por *Chlamydia trachomatis* ocorram anualmente nos Estados Unidos da América⁶, fazendo dela a doença de transmissão sexual mais comum nesse país⁵.

Desde 1985, o número de casos da doença cresceu de forma significativa, em virtude da implantação de medidas de rastreamento e notificação. Em aproximadamente 20 anos, o rastreio, que inicialmente era realizado em dez estados americanos, passou a ser feito em todos, aumentando, assim, a prevalência e dificultando determinar o real número de infectados. De 1987 a 2006, a taxa de infecção por *Chlamydia trachomatis* relatada em mulheres aumentou de 78,5 casos para 515,8 casos por 100 mil habitantes⁶.

O setor de doenças sexualmente transmissíveis do Centers for Disease Control (CDC) dos Estados Unidos, em seu último relatório (2006), relatou 1.030.911 casos de notificações de *Chlamydia trachomatis* em todos os 50 estados americanos. Um número três vezes maior que os casos notificados de gonorreia, que foram 358.366²¹.

As mais altas taxas da infecção, pareadas por idade, foram entre as adolescentes e adultas jovens. Entre 15-19 anos de idade (2862,7 casos por 100.000 mulheres) e entre 20-24 anos (2797,0 casos por 100.000 mulheres).

Com relação a grupos étnicos, houve um aumento nos últimos anos de infecção em todas as etnias, com especial atenção às mulheres negras, que tiveram uma taxa de prevalência oito vezes maior que as brancas⁶.

Inúmeros estudos têm demonstrado alta prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* na população adolescente.

Em estudo realizado pelo Núcleo de Doenças Infecciosas da Universidade Federal do Espírito Santo em associação com o Programa de Saúde da Família, Miranda *et al.*¹⁷ procuraram determinar a prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* entre os adolescentes do sexo feminino em Vitória, ES.

A população base do estudo foi de adolescentes do sexo feminino entre 15 e 19 anos, residentes em Maruípe, distrito de Vitória, em um total de 461 mulheres escolhidas de forma randomizada, que foram avaliadas por meio de *ligase chain reaction* em espécimes de urina.

A prevalência global de *Chlamydia trachomatis* nessa população foi de 8,9% (95% IC, 6,5%-11,9% – total n = 41). Entre as adolescentes amostradas que relataram qualquer história de atividade sexual (69%, n = 320), a prevalência de infecção foi de 12,2% (95% IC, 10,4%-14,0%). Nenhum caso de *Chlamydia trachomatis* foi encontrado entre as mulheres que referiram não ter tido atividade sexual. Os fatores de risco serão analisados posteriormente.

Em outro grande estudo publicado pela American College of Physicians, em 2007, Datta *et al.*¹⁸ analisaram 6.632 pacientes entre 14 e 39 anos provenientes do *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) nos EUA, que é um projeto que fornece estatísticas nacionais sobre a saúde e o estado nutricional da população em geral.

Os pacientes foram avaliados por meio de *ligase chain reaction* em espécimes de urina.

Das 6.632 amostras analisadas, 241 foram positivas para a infecção por *Chlamydia*. A prevalência de *Chlamydia trachomatis* na população de 14 a 39 anos entre 1999-2002 foi de 2,2% (IC, 1,8% para 2,8%), o que corresponde a 2.291,000 (IC, 1.857,000 para 2.838,000) de infecções em todo o território americano.

A prevalência de infecção entre as mulheres foi maior entre o grupo de 14 a 19 anos, correspondendo a 4,6% dos casos, o que equivale a mais do que o dobro dos casos das outras mulheres analisadas.

Em outro grande estudo, Kahn *et al.*¹⁹ analisaram a prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* em 14 centros de detenção de adolescentes entre 12 e 18 anos em seis grandes cidades americanas, por cinco anos.

A análise foi feita por PCR em amostras de urina dos pacientes. Dos 131.915 testes, 11.024 (8,4%) foram positivos

para a *Chlamydia trachomatis*. A prevalência de *Chlamydia* foi aproximadamente 2,5 vezes maior nas mulheres do que em indivíduos do sexo masculino (15,6% *versus* 5,9%, $P < 0,01$).

Com base nesses estudos que demonstraram a alta prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* na população adolescente e sabendo que a maior parte da população infectada é assintomática, faz-se necessário conhecer os fatores de risco relacionados com a doença.

Fatores de risco

Os seguintes fatores de risco para o desenvolvimento de infecção por *C. trachomatis* foram identificados em mulheres com as seguintes características:

- Adolescentes e adultos jovens.
- Mulheres com múltiplos parceiros sexuais ou um parceiro com outros parceiros durante os últimos três meses ou um novo parceiro sexual.
- Uso inconsistente de métodos anticoncepcionais (preservativos).
- Evidência clínica de cervicite mucopurulenta.
- Solteira.
- História prévia de doenças sexualmente transmissíveis.
- Baixo nível socioeconômico.

Idade é o mais forte preditor de infecção por *Chlamydia trachomatis*. Adolescentes e adultos jovens estão em maior risco, provavelmente por causa das características comportamentais e fatores psicológicos.

Estado civil é outro importante fator de risco. Em um estudo realizado com 1.800 mulheres, de 15 a 34 anos de idade, a prevalência da infecção entre as casadas, divorciadas e solteiras foi de 1%, 3% a 4% e 7%, respectivamente²⁰.

Diagnóstico

O diagnóstico de infecção por *Chlamydia trachomatis* é tradicionalmente realizado por meio de coleta direta do material endocervical e uretral e preparado em meio de cultura celular.

Esse método, nos últimos anos, tem sido gradualmente substituído em virtude do seu alto custo, necessidade de exame especular, que para muitas mulheres é uma situação incômoda, material e pessoal especializado para a coleta, necessidade de um sistema de acondicionamento especial para o transporte, além da criação de métodos com maior sensibilidade para a detecção da infecção.

Opções menos invasivas e de menor custo têm sido aprimoradas nos últimos anos com o intuito de maior aceitação por parte das pacientes, proporcionando, assim, um maior impacto no número de mulheres que se submetem ao exame.

Os principais métodos diagnósticos são:

- Técnicas de amplificação do ácido nucleico (TAAN): esse método tem substituído a cultura celular em virtude do aumento de sua sensibilidade^{21,22}. Esses testes são capazes de detectar pequenos fragmentos de material genético da *Chlamydia*, além de *Neisseria gonorrhoeae*. A sensibilidade e a especificidade dessas técnicas usando material de amostras cervical e uretral são de mais de 95% em termos de estudos empregando populações de alto risco, mas a sensibilidade cai significativamente (< 75%) nos estudos de indivíduos de menor risco²³. Essa técnica tem sido realizada em amostras cervicais e uretrais ou em amostras de urina. Esta última é de fácil aceitação, pois não requer um teste invasivo e qualquer paciente pode realizar a coleta.
- Imunofluorescência direta: anticorpos fluorescentes ligam-se aos órgãos elementares da *Chlamydia*, que são identificados com microscopia. Esse teste é menos sensível que o anterior. Requer um exame invasivo com coleta de material endocervical ou uretral.
- Imunoensaio enzimático: a sensibilidade deste teste é inferior à do TAAN. Falsos-positivos também podem ocorrer por causa da reação cruzada com outros patógenos da flora vaginal ou urinária. Requer um exame invasivo com *swab* cervical ou uretral.
- Captura híbrida: pode ser realizada por meio de amostras cervicais e uretrais ou urinárias. Possui sensibilidade que varia de 80% a 95%⁴.
- Sorologia para *Chlamydia trachomatis*: as técnicas sorológicas apresentam dificuldades diagnósticas em infecções genitais, pela alta frequência de exposição dos pacientes aos diferentes sorotipos de *Chlamydia trachomatis*, além da possibilidade de reação cruzada com *Chlamydia pneumoniae*.
- Citologia com coloração de Papanicolau ou Giemsa: pouco utilizada, pois possui baixa especificidade e sensibilidade. Necessita de exame especular.

Rastreamento (*screening*)

O rastreamento de qualquer doença depende, inicialmente, da população avaliada. Populações com baixos fatores de risco e, conseqüentemente, baixa incidência para a doença tendem a apresentar testes com maior porcentagem de falsos-positivos e, conseqüentemente, menor valor preditivo positivo. Portanto, para uma avaliação inicial de testes de *screening*, a população deve apresentar alto risco e prevalência para a doença.

Analisando o *screening* para *Chlamydia trachomatis*, o U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), em seu último

relatório, não achou evidências favoráveis para o rastreamento em população de baixo risco para a infecção.

Segundo esse relatório, a idade continua a ser o mais forte preditor de risco, tanto nos homens como nas mulheres, para a aquisição de infecção por *Chlamydia trachomatis*. Entre as mulheres, as taxas mais elevadas de infecção ocorrem entre os 15 e 19 anos de idade, seguidas por aquelas de 20 a 24 anos. Outros fatores de risco associados incluem, principalmente, fatores comportamentais como múltiplos parceiros, novo parceiro sexual ou um parceiro com infecção sexual, uso inconstante de métodos contraceptivos de barreira e história prévia ou atual de outras DSTs¹⁴.

Tendo em vista a idade como principal fator de risco, profissionais que cuidam de adolescentes têm uma oportunidade única para prevenir infecções primárias pela *C. trachomatis*, reduzindo, assim, o risco de infertilidade, doença inflamatória pélvica aguda e gravidez ectópica.

Como qualquer doença sexualmente transmissível, a prevenção primária começa com a educação. Segundo o CDC americano, mudanças de comportamento devem ser incentivadas, por exemplo, adiar a idade da primeira relação sexual, reduzir o número de parceiros sexuais e usar métodos contraceptivos de barreira, com o intuito de reduzir a transmissão.

C. trachomatis é uma infecção facilmente tratável. Porém, a prevalência da infecção não tratada, como visto acima, é elevada, em parte por causa da natureza de muitas infecções assintomáticas. A prevenção secundária por meio de testes de rastreamento torna-se, nesses casos, um importante aliado no combate à doença.

Os principais critérios para a realização de um *screening* em uma determinada população são:

- a) A doença seja uma importante causa de morbidade/mortalidade

Como dito anteriormente, a infecção por *Chlamydia trachomatis* é a principal causa de doença inflamatória pélvica aguda, que ocasiona progressivamente uma distorção arquitetural tubária e, conseqüentemente, altos índices de infertilidade e gravidez ectópica.

É a principal causa de infertilidade tubo-ovariana na mulher⁴.

- b) A duração da fase pré-clínica seja detectável

Visto que a maior parte das infecções causadas por *Chlamydia trachomatis* é assintomática e provoca uma distorção arquitetural tubária crônica, que clinicamente se manifestará muito tempo após a infecção inicial, a fase pré-clínica é detectável facilmente por métodos diagnósticos.

- c) Viabilidade do método de *screening*

O padrão-ouro para diagnóstico de *Chlamydia trachomatis* é a cultura de células. Mas para rastreio populacional esse

método é inviável em virtude de seu alto custo, necessidade de sistema de acondicionamento especial para o transporte, além de ser um exame invasivo e desconfortável para a maioria das mulheres.

Técnicas de amplificação do ácido nucleico em amostras de urina têm demonstrado serem mais viáveis que a cultura em células de McCoy, em virtude das seguintes características:

- Facilidade da coleta
 - Menos invasiva
 - Maior aceitabilidade
 - Sem necessidade de meio de transporte especial
 - Sem necessidade de pessoal especializado para a coleta
- Maior sensibilidade
 - d) Sensibilidade e especificidade do teste sejam elevadas

O tradicional método para o diagnóstico de infecção por *Chlamydia trachomatis* é a cultura em linhagem de células de McCoy, que possui sensibilidade que varia de 70% a 85% e especificidade que se aproxima de 100%²⁴.

Estudos têm demonstrado elevada sensibilidade e especificidade em outros testes diagnósticos. Técnicas de amplificação do ácido nucleico em amostras de urina têm demonstrado sensibilidade que varia de 80% a 93% com especificidade de 99,5%²¹.

e) Aceitação do teste

Do ponto de vista do método, adolescentes aderem menos aos métodos mais invasivos, como exame especular e coleta do material uretral e cervical.

Em um estudo realizado no departamento de pediatria da Universidade do Alabama, 879 adolescentes entre 14 e 20 anos foram avaliados por meio de amostras de urina com uma taxa de aceitabilidade de aproximadamente 86%³⁰.

No estudo realizado na Universidade do Espírito Santo, citado anteriormente, nenhuma adolescente se recusou a realizar a coleta de urina, indicando uma ótima aceitabilidade dessa técnica entre as adolescentes.

f) Risco associado ao teste

O teste de rastreamento em amostras de urina é isento de efeitos colaterais, visto se tratar de um teste não invasivo, coletado pelo próprio paciente.

g) Melhor prognóstico (cura, sobrevida, qualidade de vida)

A implementação de ensaios de *screening* tem demonstrado um declínio na incidência de infecção por *Chlamydia* e de doença inflamatória pélvica aguda.

Como exemplo, em um estudo, 2.607 mulheres de alto risco para essa infecção foram divididas aleatoriamente em dois grupos: um formado por pacientes submetidas ao exame

para infecção por *Chlamydia* e outro como grupo controle. O tempo de estudo foi de um ano⁸.

No grupo das mulheres rastreadas, 7% tiveram testes positivos para infecção e foram tratadas.

No final do seguimento, 9 casos de doença inflamatória pélvica aguda foram identificados no grupo rastreado contra 33 casos do grupo controle, com um risco relativo de 0,44, demonstrando que o *screening* pode reduzir os casos de infecção e assim diminuir as sequelas futuras.

h) Efetividade e disponibilidade do tratamento precoce

Chlamydia trachomatis é uma bactéria sensível principalmente a doxiciclina e azitromicina.

O esquema terapêutico preconizado é: azitromicina 1 g em dose única ou doxiciclina 100 mg de 12/12 h de 7 a 14 dias.

Uma metanálise de 12 estudos mostrou que ambas, azitromicina e doxiciclina, foram igualmente eficazes (97% *versus* 98% de taxas de cura) e tiveram excelente tolerabilidade²⁵.

Ambos os medicamentos estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, podendo ser prescritos por qualquer médico e iniciado o tratamento precoce.

Em virtude dessa alta efetividade do tratamento precoce medicamentoso, a mulher fica menos propensa a ter que se submeter a tratamentos mais radicais como:

- Cirurgias para retirada de bridas
- Cirurgias para realizações de salpingectomias ou salpingostomias
- Cirurgias para drenagens de abscessos

O CDC e o USPSTF recomendam rastreamento anual de todas as mulheres sexualmente ativas com idade ≤ 25 anos e de mulheres idosas com fatores de risco (por exemplo, novos parceiros sexuais ou múltiplos parceiros sexuais). A World Health Organization Regional Office for Europe recomenda o mesmo rastreio²⁶.

Além das mulheres assintomáticas de baixo risco, não é recomendado o rastreio nos dois grupos citados abaixo¹⁴:

• Gestantes

O USPSTF não recomenda o rastreio em gestantes assintomáticas e de baixo risco, pois não foram encontradas evidências de que o *screening* beneficiaria o binômio mãe-feto nessa população. Já em gestantes com idade abaixo de 25 anos ele é recomendado, pois se considera esse grupo de alto risco para a infecção e suas futuras complicações como rotura prematura de membranas ovulares, trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer.

• Homens

A infecção pela *Chlamydia trachomatis* na população masculina é frequentemente assintomática.

O motivo do rastreamento em homens seria a hipótese da redução dos efeitos adversos nas mulheres por redução da transmissão. O USPSTF não encontrou evidências que fortifiquem essa hipótese e não recomenda o *screening* como rotina nos homens.

Do ponto de vista financeiro, estima-se que aproximadamente 248 milhões de dólares por ano são gastos em intercorrências médicas diretas por infecção por *Chlamydia trachomatis*²⁷. O custo-benefício da intervenção precoce, em populações de alto risco, tem sido demonstrado no sentido de redução dos casos de sequelas tubo-ovarianas que se revertem diretamente na redução dos gastos financeiros.

CONCLUSÃO

Infecção geniturinária causada pela *Chlamydia trachomatis* é extremamente comum e resulta em um quadro muitas vezes de manifestações clínicas insidiosas ou despercebidas. É uma das principais causas de infertilidade, doença inflamatória pélvica e gravidez ectópica em mulheres.

Essa infecção é uma das doenças de maior prevalência na população mundial e, como foi analisado neste estudo, atinge principalmente os adolescentes.

Essa população, associada a inúmeros fatores de risco citados, constitui excelente meio de propagação da infecção.

O *screening* desse grupo de pessoas, principalmente por meio de amostras urinárias, pode ajudar a diminuir as sequelas tubo-ovarianas e psicológicas nas futuras mulheres adultas.

O atendimento médico no setor público beneficia anualmente centenas de adolescentes com baixo nível socioeconômico. Esses dois fatores de risco isoladamente já tornam essa população importante na propagação da doença e, conseqüentemente, candidatas à realização do *screening*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Impact of HIV and sexual health education on the sexual behaviour of young people: a Review Update Report. Geneva: UNAIDS; 1997.
- Walter HJ, Valghan RD. AIDS risk reduction among a multiethnic sample of urban high school students. *JAMA*. 1993;270:725-30.
- The State of World Population 1997. New York: United Nations Population Fund; 1997.
- Wasserheit JN. Reproductive tract infections: global impact and priorities for women's reproductive health. New York: Plenum Press; 1998, x p. 61-91.
- Alexander LA, Cates JR, Herndon N, Ratcliff JM. Sexually transmitted diseases in America. Kaiser Family Foundation, Menlo Park, CA; 1998.
- Centers for Disease Control, Division of Sexually Transmitted Diseases. 1997 Annual Report.
- Addiss DG, Vaughn ML, Ludka D, Pfister J, Davis JP. Decreased prevalence of *Chlamydia trachomatis* infection associated with a selective screening program in family planning clinics in Wisconsin. *Sex Transm Dis*. 1993;20:28.
- Scholes D, Stergachis A, Heidrich F, Andrilla H, Holmes KK, Stamm W. Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for chlamydial infection. *N Engl J Med*. 1996;334:1362.
- Schachter J. Infection and disease epidemiology. In: Stephens RS, ed. *Chlamydia: intracellular biology, pathogenesis, and immunity*. Washington, DC: American Society for Microbiology; 1999, p. 139-69.
- Geisler WM, Wang C, Morrison SG, Black CM, Bandea CI, Hook EW 3rd. The natural history of untreated *Chlamydia trachomatis* infection in the interval between screening and returning for treatment. *Sex Transm Dis*. 2008;35:119-23.
- Molano M, Meijer CJ, Weiderpass E, Arslan A, Posso H, Franceschi S, et al. The natural course of *Chlamydia trachomatis* infection in asymptomatic Colombian women: a 5-year follow-up study. *J Infect Dis*. 2005;191:907-16.
- Stamm WE. *Chlamydia trachomatis* infections of the adult. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, et al., eds. *Sexually transmitted diseases*. New York: McGraw-Hill; 1999, p. 407-22.
- Cates W Jr, Wasserheit JN. Genital chlamydial infections: epidemiology and reproductive sequelae. *Am J Obstet Gynecol*. 1991;164:1771-81.
- Meyer DS, Halvorson H, Luckhaupt S. Screening for chlamydial infection: an evidence update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2007;147:135.
- Westrom LV, Joesoef R, Reynolds G, Hagdu A, Thompson SE. Pelvic inflammatory disease and fertility. A cohort study of 1,844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopic results. *Sex Transm Dis*. 1992;19:185-92.
- Safiri S, Schachter J, Dahrouge D, Sweet RL. Long-term sequelae of acute pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;166:1300-5.
- Miranda AE, Szwarcwald CL, Peres RL, Page-Shafer K. Prevalence and risk behaviors for chlamydial infection in a population-based study of female adolescents in Brazil. *Sex Transm Dis*. 2004;31(9):542-6.
- Datta S, Sternberg M, Johnson R, Berman S, Papp JR. [HYPERLINK "http://www.annals.org/search?author1=Geraldine+McQuillan&sortspec=date&submit=Submit"](http://www.annals.org/search?author1=Geraldine+McQuillan&sortspec=date&submit=Submit) McQuillan G, et al. Gonorrhea and Chlamydia in the United States among persons 14 to 39 years of age, 1999 to 2002. *Ann Intern Med*. 2007;147:89.
- Kahn RH, Mosure DJ, Blank S, Kent CK, Chow JM, Boudov MR, et al. The Jail STD Prevalence Monitoring Project. *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* prevalence and coinfection in adolescents entering selected US juvenile detention centers, 1997-2002. *Sex Transm Dis*. 2005;32(4):255-9.
- Stergachis A, Scholes D, Heidrich FE, Sherer DM, Holmes KK, Stamm WE. Selective screening for *Chlamydia trachomatis* infection in a primary care population of women. *Am J Epidemiol*. 1993;138:143.
- Cook RL, Hutchison SL, Ostergaard L, Braithwaite RS, Ness RB. Systematic review: noninvasive testing for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. *Ann Intern Med*. 2005;142:914.
- Johnson RE, Newhall WJ, Papp JR, et al. Screening tests to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections. *MMWR Recomm Rep*. 2002;51:1.
- Blanding J, Hirsch L, Stranton N, Wright T, Aarnaes S, De la Maza L, et al. Comparison of the Clearview *Chlamydia*, the PACE 2 assay, and culture for detection of *Chlamydia trachomatis* from cervical specimens in a low-prevalence population. *J Clin Microbiol*. 1993;31:1622.
- Current methods of laboratory diagnosis of *Chlamydia trachomatis* infections. Division of AIDS, Sexually Transmitted Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia 30333, USA. cx22@cidcd1.em.cdc.gov. *Clin Microbiol Rev*. 1997;10(1):160-84.
- Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Sex Transm Dis*. 2002;29:497.
- European STI Management Guidelines; 2001.
- Chesson HW, Blandford JM, Gift TL, Tao G, Irwin KL. The estimated direct medical cost of sexually transmitted diseases among American youth, 2000. *Perspect Sex Reprod Health*. 2004;36:11-9.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Divisão de Clínica Ginecológica. Serviço do Prof. Edmund C. Baracat.

E-mail: josealcione.almeida@gmail.com

TITULAÇÕES

1. Médico-residente (R3) do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia.
2. Médico-chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência.
3. Médica-assistente do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência.

PENFIGOIDE BOLHOSO VULVAR DA INFÂNCIA

CHILDHOOD VULVAR BULLOUS PEMPHIGOID

CAROLINA BURGARELLI TESTA¹, JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA², LANA MARIA DE AGUIAR³

RESUMO

Penfigoide bolhoso é a doença bolhosa autoimune mais comum¹ e manifesta-se com bolhas subepidérmicas tensas na pele e, ocasionalmente, em mucosas. É rara sua manifestação em crianças^{8,15}. Em estudo realizado por Erbagci¹⁶, foram encontrados aproximadamente 50 relatos de caso em crianças. A manifestação em crianças menores de 1 ano é predominantemente palmo-plantar, mas em escolares há tendência de acometimento mucoso¹⁹. O penfigoide bolhoso localizado vulvar da infância é variante rara do penfigoide bolhoso autoimune da infância^{3,10}. Em 2003, havia dez casos relatados da lesão vulvar como sítio primário¹². Em crianças, o diagnóstico deve ser baseado no quadro clínico, mas estudos anatomopatológicos e de imunofluorescência direta e indireta são importantes. O diagnóstico diferencial do penfigoide bolhoso vulvar da infância inclui: herpes simples, eritema multiforme, epidermólise bolhosa adquirida e impetigo bolhoso. O tratamento para doença localizada é corticoide tópico ou sistêmico em baixas doses^{1,15,30}. Em caso de contraindicação ao corticoide, pode-se optar por tacrolimus tópico^{1,10}. Apresenta-se aqui caso de criança com 9 anos de idade, com dor perineal, disúria e lesão vulvar erosiva e úmida, com extensão até o períneo e anatomopatológico revelando dermatite bolhosa com clivagem subepidérmica. É realizado tratamento com prednisona por via oral, 20 mg/dia/10 dias e 10 mg por mais 10 dias. Houve redução da erosão, com aspecto cicatricial após dois meses.

Palavras-chave: penfigoide bolhoso vulvar localizado da infância, penfigoide bolhoso em criança.

ABSTRACT

Bullous pemphigoid is a most common autoimmune bullous disease¹ and manifests with tense subepidermal blisters in the skin and mucous membranes. It is a rare manifestation in children^{8,15}. The outbreak in children under 1 year is predominantly palmar-plantar. In schoolchild there is a tendency for mucous involvement¹⁹. Childhood vulvar bullous pemphigoid is a rare variant of autoimmune bullous pemphigoid^{3,10}. In the literature review there were approximately 50 cases reported in children. Vulvar lesions as prime site were reported in ten cases¹². The diagnosis must be based on clinical and supported by histological and direct and indirect immunofluorescence. The differential diagnosis includes infectious lesions, reactive lesions and other autoimmune diseases. Treatment for disease is topical or systemic steroids^{1,15,30}. We performed a literature review and case report of a 9 years old girl with perineal pain, dysuria and vulvar erosive lesions in perineum and pathology revealing bullous dermatitis with subepidermal cleavage. The oral treatment with prednisone was associated with a reducing erosion and healing aspect after 2 months.

Keywords: childhood bullous pemphigoid, vulvar pemphigoid, vulvar bullous pemphigoid.

INTRODUÇÃO

O penfigoide bolhoso é a doença bolhosa autoimune mais comum¹. Caracteriza-se imunologicamente por autoanticorpos do tipo IgG direcionados contra antígenos da membrana basal^{2,3}, mais especificamente as proteínas de ligação BP180 e BP230, componentes dos hemidesmosomos⁴ no complexo de adesão dermoepidérmico⁵.

Manifesta-se clinicamente por bolhas subepidérmicas tenas na pele e, ocasionalmente, em mucosas e pode se apresentar de forma generalizada e, em raros casos, na forma localizada².

Acometendo geralmente idosos na sexta década de vida^{4,6-9}, implica morbidade importante¹⁰, além de mortalidade de 41% no período de um ano, principalmente à custa de complicações cardiovasculares e sepse¹. Os principais fatores de risco identificados são a idade avançada e a necessidade de uso de corticoide sistêmico por longos períodos¹.

A incidência do penfigoide bolhoso na população geral é de 10 casos por 1 milhão¹. A literatura aponta predileção pelo sexo feminino¹¹.

É rara sua manifestação em crianças^{8,10,12-15}. Segundo o estudo realizado por Erbagci¹⁶ em 2002, foram encontrados aproximadamente 50 relatos de caso de penfigoide bolhoso da infância.

Fisher e Rogers¹⁷, em 2000, estudaram 130 pacientes pré-púberes com doença vulvar e encontraram uma frequência menor que 1% (duas pacientes) de penfigoide bolhoso.

Apesar da baixa incidência, é a doença bolhosa subepidérmica mediada por IgG mais comum em crianças^{2,18,19}. A manifestação em crianças menores de 1 ano é predominantemente palmoplantar. Em escolares, há grande tendência de acometimento mucoso¹⁹. O envolvimento vulvar é descrito em aproximadamente 9% dos adultos e 40% das crianças^{2,18}.

O estudo de Fisler e cols.¹², em 2003, revelou 53 casos de penfigoide bolhoso da infância publicados. Entre eles, os de 26 meninas: 10 com acometimento exclusivamente vulvar e 1 com acometimento vulvar e palmoplantar. A idade variou de 4 meses a 12 anos¹².

Marren e cols., em 1993, examinaram 140 casos de mulheres com diferentes doenças bolhosas. Em pacientes com penfigoide bolhoso, o envolvimento vulvar foi encontrado em 9% das adultas e em 66% das crianças. O abuso sexual foi inicialmente aventado em uma das pacientes²⁰.

FISIOPATOLOGIA

O epitélio escamoso estratificado é uma estrutura complexa, constituída por queratinócitos aderidos a células adjacentes e à membrana basal. Esta, por sua vez, adere à lâmina própria. O contato célula a célula é feito pelas *tight junctions*, adesinas

(desmosomos) e *gap junctions*. O contato com a membrana basal é feito pelos hemidesmosomos, estruturas que ligam o citoesqueleto do queratinócito à membrana basal. Os hemidesmosomos apresentam proteínas de membrana diferentes das dos desmosomos, as proteínas 180 kDa e 230 kDa, para as quais são dirigidos os autoanticorpos no penfigoide bolhoso³. Se uma ou mais dessas proteínas estiver defeituosa ou danificada, há a perda da adesão à membrana basal e, então, apresenta-se o fenótipo do penfigoide bolhoso¹¹. Também são descritos anticorpos contra banda 190 kDa²¹.

Sabe-se, portanto, que o penfigoide bolhoso é uma doença bolhosa subepidérmica associada à circulação de autoanticorpos contra componentes dos hemidesmosomos^{10,12,13,18}. Todavia, o mecanismo patogênico que determina as diferentes manifestações clínicas é desconhecido^{2,6} e, talvez, possa ser atribuído à variação de expressão de antígenos em várias áreas da pele com a idade¹⁵. Assim como nas outras doenças bolhosas autoimunes, pode ocorrer envolvimento de pele e mucosas em diferentes proporções. Nas superfícies mucosas, as lesões iniciais geralmente são bolhosas e a fricção resulta em erosões²⁰.

Entre os possíveis fatores causais, alguns casos reportados notam a manifestação do penfigoide bolhoso dias após a vacinação combinada de tétano, difteria, *Bordetella pertussis* e poliovírus^{5,16}, além da vacinação contra influenza⁵. Entretanto, não se pôde estabelecer uma relação causal pela raridade da clínica¹⁵. Aventa-se a hipótese de que a vacinação pode ser um dos fatores que estimulam o sistema imune, desencadeando um mecanismo desconhecido que pode culminar com o desencadeamento de uma resposta autoimune⁶.

Outra hipótese sobre a etiologia do penfigoide bolhoso da infância é a sua relação com a produção de IgA.

Arechalde e cols., em 1999, sugerem que o antígeno LABD1, marcador da dermatite bolhosa por IgA linear, seja um produto da proteólise ou uma isoforma do BP180. Tal hipótese foi baseada na observação de três crianças que apresentavam dermatite por IgA linear e, por *immunoblotting*, apresentavam IgA contra as proteínas de ligação (BP) 180 e 230, marcadores moleculares do penfigoide bolhoso²².

Pablo e cols., em 2007, observaram por *immunoblotting* a presença de IgA em três crianças com penfigoide bolhoso. Como a presença da resposta autoimune mediada por IgA é mais prevalente na infância por conta da imaturidade imunológica e/ou por causa da exposição mais frequente a agentes infecciosos e vacinas, sugere-se estreita relação do penfigoide bolhoso com dermatite bolhosa por IgA linear, doença bolhosa mais comum da infância. Essa relação poderia ser explicada pelo fenômeno de *spreading* do epítipo¹⁹.

Quadro clínico

O penfigoide bolhoso manifesta-se por bolhas tensas, grandes^{1,8}. Acomete tanto pele como mucosas; nestas, a fricção rompe as bolhas com facilidade e, por isso, a manifestação clínica pode ser de erosões dolorosas²⁰.

Em adultos, as lesões tipicamente acometem superfícies flexoras de braços e pernas^{8,12}, axilas e abdome; lesões mucosas (oral, genital e conjuntiva) ocorrem na minoria dos pacientes e são geralmente transitórias¹. Além disso, cursam com altos índices de complicação e grande morbidade associada, geralmente exigindo maior suporte clínico^{1,10}.

Em criança, o penfigoide bolhoso apresenta-se com lesões clinicamente semelhantes à dos adultos, mas o envolvimento palmoplantar e mucoso é muito característico^{5,10}. O curso do penfigoide bolhoso da infância é geralmente indolente, com remissão após alguns meses de tratamento¹² e frequentes exacerbações¹.

Vale ressaltar que há um espectro da severidade da doença, com diferentes níveis de acometimento e de resposta ao tratamento¹⁸.

Forma localizada vulvar da infância – Uma variante

O penfigoide bolhoso localizado vulvar da infância é uma rara variante morfológica do penfigoide bolhoso autoimune da infância^{2,3,10,12,23}. Foi reportado recentemente, com primeiros relatos na década de 1980¹³.

O acometimento vulvar aparenta ser manifestação relativamente comum do penfigoide bolhoso na infância¹⁰, com lesões bolhosas e erosivas em vulva e região perineal que podem permanecer localizadas ou se generalizar^{4,10}. Raramente é visto em crianças com até 1 ano, embora seja encontrado em aproximadamente metade dos casos de crianças mais velhas¹⁵. A maioria dos pacientes com envolvimento genital é de meninas que apresentam doença limitada à vulva¹⁵.

Segundo Fisler e cols., em 2003 havia dez casos relatados de envolvimento vulvar como sítio primário¹².

Diagnóstico

Em adultos, o diagnóstico pode ser feito com sensibilidade de 90% e especificidade de 83% com três dos seguintes critérios clínicos: ausência de lesões atróficas, ausência de envolvimento do pescoço e cabeça, ausência de envolvimento mucoso, idade maior que 70 anos¹.

Em crianças, a suspeita diagnóstica deve ser baseada no quadro clínico, mas o diagnóstico, principalmente quando há envolvimento mucoso, exige estudo anatomopatológico e de imunofluorescência direta e indireta pela técnica de *salt-split*, além de imunoprecipitados.

Os achados mais frequentes são:

- estudo histopatológico da lesão: bolha subepidérmica com infiltrado inflamatório eosinofílico^{1,8,12};
- imunofluorescência direta: depósito linear de IgG e C3 em zona de membrana basal^{8,23,24}; IgG presente em 50% a 90% e C3 presente em 80% a 100% dos casos⁷;
- imunofluorescência indireta *salt-split*: ligação de IgG à face epidérmica (“teto”) da bolha^{1,8,24};
- imunoprecipitado: anticorpos IgG circulantes contra as proteínas da zona de membrana basal (BP180 e BP230)^{1,7,24}.

Nemeth e cols.²⁵ analisaram 33 casos de penfigoide bolhoso na infância disseminado e propuseram os seguintes critérios diagnósticos:

1. idade menor ou igual a 18 anos com lesão clínica de bolhas tensas e histopatologia com bolha subepidérmica com infiltrado inflamatório eosinofílico; e
2. imunofluorescência direta com depósito linear de IgG ou C3 na zona de membrana basal ou IFI com autoanticorpos IgG contra membrana basal circulantes.

A dificuldade diagnóstica ocorre porque a histologia é pouco específica e os achados de imunofluorescência, embora mais fidedignos para o diagnóstico⁹, não fazem o diagnóstico diferencial de certeza²⁶.

O depósito linear de IgG e C3 em zona de membrana basal é semelhante ao de outras doenças bolhosas autoimunes, incluindo epidermólise bolhosa adquirida, penfigoide cicatricial, herpes e erupção bolhosa do lúpus eritematoso sistêmico¹.

O penfigoide cicatricial, por exemplo, apresenta depósito linear de IgG e C3 na zona de membrana basal com a mesma frequência que o penfigoide bolhoso²⁷, mas este pode ocorrer tanto na face dérmica como na epidérmica (ou em ambas) da bolha. Para diferenciá-los, portanto, a evolução e a resposta ao tratamento instituído podem ser de grande valor. O penfigoide cicatricial costuma ter o curso mais agressivo e apresentar pior resposta ao tratamento, mais frequentemente exigindo o uso de imunossupressores (dapsona, por exemplo)^{26,28}. Já o herpes apresenta IgG ligado à face epidérmica e a epidermólise bolhosa adquirida e o lúpus apresentam IgG em face dérmica¹.

Sugere-se, portanto, que a abordagem diagnóstica em casos de suspeita de penfigoide bolhoso com acometimento vulvar inclua análises de amostras séricas e o estudo anatomopatológico, com imunofluorescências direta e indireta com a técnica *salt-split skin*¹.

Nagano e cols. realizaram o estudo da lesão de um paciente com penfigoide bolhoso da infância por microscopia eletrônica, que demonstrou depósito de autoanticorpos na porção mais alta da lâmina lúcida e na base dos queratinócitos.

A imunoscopia imunoelétrica indireta mostrou que os sítios de ligação dos anticorpos são as regiões intracelulares das placas dos hemidesmossomos²⁴.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial do penfigoide bolhoso vulvar da infância inclui: herpes simples, líquen escleroso, eritema multiforme, epidermólise bolhosa adquirida, lúpus eritematoso bolhoso, impetigo bolhoso e abuso sexual. O depósito de IgG na zona de membrana basal pode ocorrer no penfigoide bolhoso, penfigoide cicatricial, epidermólise bolhosa adquirida e no lúpus eritematoso bolhoso. Dessas, a ligação dos anticorpos IgG na epiderme (“teto” da bolha) é visto no herpes, no penfigoide bolhoso e no cicatricial²³.

A importância de realizar o diagnóstico diferencial é a implicação na terapêutica adequada (por exemplo, penfigoide bolhoso tem boa resposta à corticoterapia sistêmica; epidermólise bolhosa adquirida apresenta resistência a corticoide e precisa de terapia mais agressiva)¹ e na distinção de lesões provocadas por abuso sexual^{18,23}. O número de crianças avaliadas com suspeita de abuso sexual é crescente nos últimos anos e é de extrema importância que os médicos reconheçam as lesões dermatológicas vulvares a fim de evitar estigmas e sofrimentos decorrentes de uma suspeita de abuso sexual²⁹.

Terapêuticas propostas

O prognóstico do penfigoide bolhoso vulvar localizado geralmente é favorável, mas não há uma estratégia terapêutica claramente melhor¹⁰. Geralmente, opta-se por imunossupressão e o medicamento de escolha depende da extensão do quadro clínico apresentado.

Entre as possibilidades terapêuticas, estão: corticoide tópico (betametasona, clobetasol), corticoide sistêmico (prednisona), imunossupressores (azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina, dapsona) e tetraciclina¹¹. O mecanismo pelo qual a tetraciclina pode ser instituída inclui sua atividade anticolagenase e a supressão da quimiotaxia leucocitária, que resultam em propriedades anti-inflamatórias¹¹.

Sugere-se que a escolha do tratamento para doença localizada seja o uso de corticoide tópico ou de corticoide sistêmico em baixas doses^{1,15,30}. Em caso de contraindicação ao corticoide, pode-se optar por tacrolimus tópico^{1,10}.

Há descrição do uso de imunoglobulina endovenosa na fase aguda da doença⁸.

RELATO DE CASO

ALE, 9 anos, com dor perineal, disúria e lesão vulvar desde os 6 anos de idade, sem resposta a terapias tópicas (perman-

ganato de potássio, betametasona tópica), foi encaminhada ao nosso serviço para avaliação especializada. Trouxe estudo anatomopatológico da lesão, que mostrava mucosa malphigiana com reação inflamatória crônica inespecífica.

Ao exame, constatou-se lesão erosiva e úmida, em espelho, acometendo vulva com extensão até períneo (Figura 1). Feita a hipótese diagnóstica de penfigoide bolhoso vulvar e iniciado tratamento com prednisona por via oral, 20 mg por dia por dez dias e, depois, 10 mg por dia, além de orientações para cuidados locais. Após dois meses de tratamento apresentava melhora da lesão, com redução da área de erosão úmida em espelho e com borda hipocrômica, de aspecto cicatricial (Figura 2). Optou-se por realização de biópsia, com estudo anatomopatológico revelando dermatite bolhosa com clivagem subepidérmica. A imunofluorescência direta mostrou depósitos lineares intensos de IgG e de C3 na zona de membrana basal (Figuras 3 e 4, respectivamente). Mantida terapêutica, com melhora gradual da lesão.

Figura 1. Lesão antes do tratamento.



Figura 2. Lesão após dois meses de tratamento.



Figura 3. Imunofluorescência direta – depósito linear de IgG na zona de membrana basal.

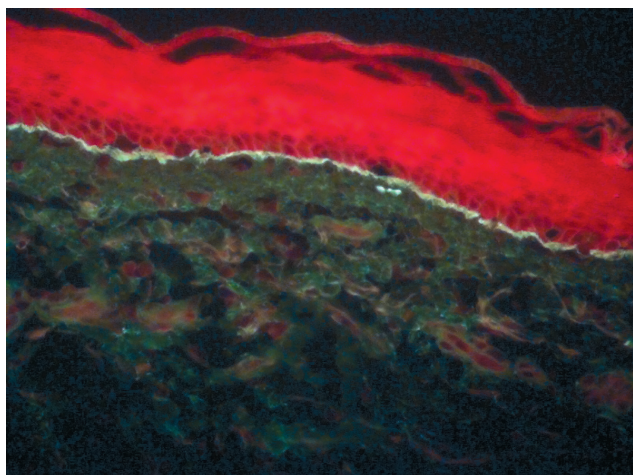
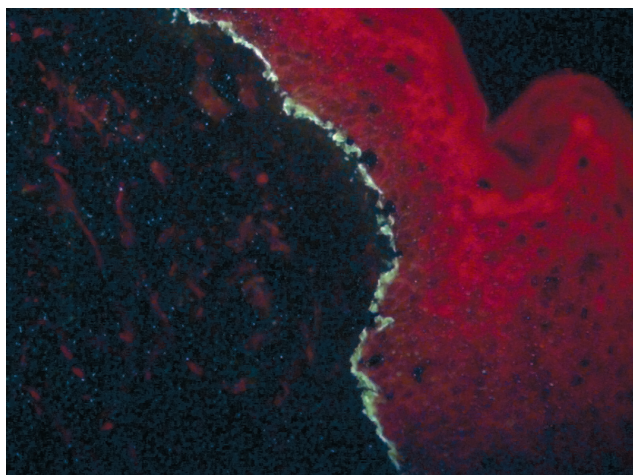


Figura 4. Imunofluorescência direta – depósito linear de C3 na zona de membrana basal.



DISCUSSÃO

Apresentou-se um caso de penfigoide bolhoso vulvar localizado da infância, com confirmação histológica. A paciente apresentou melhora rápida com a terapêutica instituída, sem necessidade de imunossupressores mais potentes. Não houve nenhuma complicação secundária.

Mesmo considerando a baixa incidência do penfigoide bolhoso vulvar da infância, é imprescindível o conhecimento dessa doença pelos profissionais de saúde a fim de que seja instituído o tratamento adequado em tempo hábil. Assim, evitam-se o desconforto da paciente e a possibilidade de lesões cicatriciais com alterações funcionais e/ou estéticas da vulva. Além disso, é um diagnóstico diferencial importante ao se aventar a hipótese diagnóstica de lesões por abuso sexual, já que as lesões podem ter padrão semelhante e abuso sexual deve ser um diagnóstico de certeza, dado o grande estigma social e psicológico que acarreta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Korman NJ. Bullous pemphigoid: the latest in diagnosis, prognosis and therapy. *Arch Dermatol.* 1998;134:1137-41.
2. Alves GF, Éster F, Álvares RR, Friedman H, Campbell IT. Penfigoide bolhoso vulvar localizado, da infância – relato de um caso. *An Bras Dermatol.* 2002;77(5):345-8.
3. Edwards S, Wakelin SH, Wojnarowska F, Marsden RA, Kirtschig G, Bhogal B, et al. Bullous pemphigoid and epidermolysis bullosa acquisita: presentation, prognosis, and immunopathology in 11 children pediatric. *Dermatology.* 1998;15(3):184-90.
4. Lebeau S, Braun RP, Masouyé I, Perrinaud A, Harms M, Borradori L. Acquired melanocytic naevus in childhood vulvar pemphigoid. *Dermatology.* 2006;213:159-62.
5. Méridaa C, Martínez-Escribanob JA, Fríasb JF, Sánchez-Pedreñob P, Corbalánb R. Penfigoide ampoloso en lactante tras vacunación. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96(4):255-7.
6. Baykal C, Okan G, Sarica R. Childhood bullous pemphigoid developed after the first vaccination. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44:348-50.
7. Guenter LC, Shum D. Localized childhood vulvar pemphigoid. *J Am Acad Dermatol.* 1990;22(5):762-4.
8. Xiao T, Li B, Wang YK, He CD, Chen HD. Childhood bullous pemphigoid treated by i.v. immunoglobulin. *J Dermatol.* 2007;34:650-3.
9. Wakelin SH, Allen J, Wojnarowska F. Childhood bullous pemphigoid-report of a case with dermal fluorescence on salt-split skin. *Br J Dermatol.* 1995;133(4):615-8.
10. Lebeau S, Mainetti C, Masouyé I, Saurat JH, Borra L. Localized childhood vulvar pemphigoid treated with tacrolimus ointment. *Dermatology.* 2004;208:273-5.
11. Scully C, Carrozzo M, Gandolfo S, Puiatti P, Monteil R. Update on mucous membrane pemphigoid. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1999;88:56-68.
12. Fisler RE, Saeb M, Liang MG, Howard RM, McKee PH. Childhood bullous pemphigoid: a clinicopathologic study and review of literature. *J Am Dermatopathol.* 2003;25(3):183-9.
13. Ramzi WS, Domloge-Hultsch N, Yancey KB, Benson PM, James WD. Childhood localized vulvar pemphigoid is a true variant of bullous pemphigoid. *Arch Dermatol.* 1992;128:807-10.
14. Sáenz AM, González F, Cirocco A, Tacaronte IM, Fajardo JE, Calebotta A. Childhood bullous pemphigoid: a case report and 10-year follow up. *Int J Dermatol.* 2007;46(5):508-10.
15. Waisbourd-Zinman O, Ben-Amitai D, Cohen AD, Feinmesser M, Mimouni D, Adir-Shani A, et al. Bullous pemphigoid in infancy: clinical and epidemiologic characteristics. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58(1):41-8.
16. Erbagci Z. Childhood bullous pemphigoid following hepatitis B immunization. *J Dermatol.* 2002;29(12):781-5.
17. Fischer G, Rogers M. Vulvar disease in children: a clinical audit of 130 cases. *Pediatr Dermatol.* 2000;17(1):1-6.
18. Farrel AM, Kirtschig G, Dalziel KL, Allen J, Dootson G, Edwards S, et al. Childhood vulvar pemphigoid: a clinical and immunopathological study of five patients. *Br J Dermatol.* 1999;140:308-12.
19. Pablo MIM, González-Enseñat MA, Vicente A, Gilaberte M, Mascaró JM. Childhood bullous pemphigoid: clinical and immunological findings in a series of 4 cases. *Arch Dermatol.* 2007;143:215-20.
20. Marren P, Wojnarowska F, Vennig V, Wilson C, Nayar M. Vulvar involvement in autoimmune bullous diseases. *J Reprod Med.* 1993;38(2):101-7.
21. Ostlere LS, Stevens H, Black MM, Rustin MH, Hashimoto T, Nishikawa T. Bullous pemphigoid in infancy: a case report including new immunoblotting observations. *Clin Exp Dermatol.* 1993;18(5):483-5.
22. Arechalde A, Braun RP, Calza AM, Hertl M, Didierjean L, Saurat JH, et al. Childhood bullous pemphigoid associated with IgA antibodies against BP180 or BP230 antigens. *Br J Dermatol.* 1999;140(1):112-8.
23. Schumann H, Amann U, Tasanen K, Muller S, Zillikens D, Metzke D. A child with localized vulvar pemphigoid and IgG autoantibodies targeting the C-terminus of collagen XVII/BP180. *Br J Dermatol.* 1999;140:1133-8.

24. Nagano T, Tani M, Adachi A, Takanaga T, Sakamoto S, Kodama S, et al. Childhood bullous pemphigoid: immunohistochemical, immunoelectron microscopic, and western blot analysis. *J Am Acad Dermatol.* 1994;30(5 Pt 2):884-8.
25. Nemeth AJ, Klein AD, Gould EW, Schachner LA. Childhood bullous pemphigoid: clinical and immunologic features, treatment and prognosis. *Arch Dermatol.* 1991;127:378-86.
26. Schoeffler A, Roth B, Causeret A, Kanitakis J, Faure M, Claudy A. Vulvar cicatricial pemphigoid of childhood. *Pediatr Dermatol.* 2004;21(1):51-3.
27. Venning VA, Frith PA, Bron AJ, Millard PR, Worjnarowska F. Mucosal involvement in bolus and cicatricial pemphigoid: a clinical and immunopathological study. *Br J Dermatol.* 1988;118(1):7-15.
28. Hoque SR, Patel M, Farrel AM. Vulvar pemphigoid in a child misdiagnosed as sexual abuse. *Clin Exp Dermatol.* 2005.
29. Levine V, Sanchez M, Nestor M. Localized vulvar pemphigoid in a child misdiagnosed as sexual abuse. *Arch Dermatol.* 1992;128:804-6.
30. Voltan E, Maeda JY, Muniz Silva MA, Maruta CW, Santi CG, Almeida Zimbres S, et al. Childhood bullous pemphigoid: report of three cases. *J Dermatol.* 2005;32(5):387-92.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Divisão de Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).
Serviço do professor Edmund Chadda Baracat.

E-mail: josealcione.almeida@gmail.com

TITULAÇÕES

1. Médica-residente (R3) do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).
2. Médico-chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas (HC) da FMUSP.
3. Médica-chefe do Setor de Patologia Vulvar da Clínica Ginecológica do HC-FMUSP.

SOCIEDAD ARGENTINA DE GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL

VI Programa de Formación en Ginecología Infanto Juvenil

Curso Universitario Anual avalado por la Universidad Nacional de La Plata y con puntaje para la obtención del Fellow de FIGIJ.

Teórico/práctico con pasantías por 10 hospitales especializados.

Inicio: abril/2011

Curso de Especialización Online en Ginecología Infanto Juvenil

A Distancia – Modalidad e-learning

Teórico – Práctico de 200 horas con evaluación final

Curso universitario avalado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de La Plata

Inicio: abril/2011

XVI Curso Anual de Introducción a la Ginecología Infanto Juvenil Nivel I (Presencial)

Modalidad: 1º viernes de cada mes

Inicio: abril/2011 – Arancelado – Examen final y monografía

III Curso Anual de Introducción a la Sexología Clínica

Se dicta el 1º sábado de cada mes – 4 módulos

Inicio: mayo/2011

Informes e inscripción: SAGIJ - Teléfono: (54 11) 4373-2002
E-mail: sagij@sagij.org.ar – WEB: www.sagij.org

TRABALHOS CIENTÍFICOS

Trabalhos apresentados no XI Congresso Brasileiro da SOGIA, em Brasília, de 11 a 14 de agosto de 2010.

APRESENTAÇÃO ORAL

AO 11 – PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS NO PRONTO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM UM SERVIÇO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE EM SÃO PAULO

Autores: Pinheiro L., Morais R.R., Ruiz A., Saraiva F.

Instituição: Programa Saúde do Adolescente – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo – Casa do Adolescente de Pinheiros, São Paulo

Resumo: Objetivo: Analisar os diagnósticos mais frequentes no primeiro atendimento e o sucesso terapêutico dos adolescentes atendidos no plantão psicológico de um serviço especializado para adolescentes. Método: Estudo retrospectivo, em que foram selecionados, aleatoriamente, 200 prontuários de adolescentes (100 do sexo feminino e 100 do sexo masculino) de uma população de 892 que demandaram o programa pela primeira vez, entre 2005-2009, no serviço “Dá pra atender?”. A análise incluiu dados pessoais e diagnósticos, no primeiro atendimento, de acordo com a classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR). Resultados: A faixa etária no sexo feminino foi de 15,4 anos e no masculino foi de 13,5 anos. Os cinco diagnósticos mais frequentes em relação ao sexo feminino foram: problemas de fase da vida (18%), problemas de relacionamento entre pai/mãe-criança (14%), depressão (6%), fatores psicológicos que afetam a condição física (sobrepeso – 5%) e transtornos de estresse pós-traumático (5%); no sexo masculino, foram encontrados: problemas de fase da vida (19%), transtornos de aprendizagem (18%), problemas de relacionamento pai/mãe-criança (15%), problemas acadêmicos (14%) e transtorno desafiador de oposição (10%). Grande parte desses diagnósticos foi mudada, como problemas acadêmicos e os inerentes à adolescência. Conclusão: O acolhimento interprofissional e a escuta qualificada no pronto atendimento psicológico são fatores mais importantes no sucesso terapêutico do que o próprio diagnóstico.

AO 12 – PROMOÇÃO DA PAZ: O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM COM ADOLESCENTES

Autores: Takiuti A.D., Leal A.C., Melo E.M.V., Portella C.F.S., Marques H.D., Giampietro M.M., Moraes S.D.T.A.

Instituição: Programa Saúde do Adolescente – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo

Resumo: Objetivo: Analisar a opinião dos profissionais que trabalham com adolescentes referente à promoção da paz. Método: Estudo quali-quantitativo. Aplicou-se questionário semiestruturado, para profissionais de diversas categorias que trabalham com adolescentes, por ocasião de curso de capacitação em atenção à adolescência; análise das entrevistas – metodologia de Bardin (1979); análises estatísticas descritivas e a análise de correlação de Spearman. Resultados: Sete categorias temáticas: 1. Capacidade de diálogo – 26 respondentes (10,56%). “É a capacidade em dialogar e de viver em sociedade”. 2. Respeito ao próximo, respeito às diversidades (21,54%). 3. Estar bem consigo mesmo, com o próximo e com o meio ambiente (11,58%). 4. Garantia dos direitos humanos, sociais, civis e econômicos (9,34%). 5. Paz é uma sensação de tranquilidade e segurança, um estado de espírito (20,73%); a paz é ter uma convivência baseada no amor, na solidariedade e na organização da vida do cosmo. 6. Viver com integridade, ser ético (7,31%). 7. Paz é a ausência de todos os conflitos (9,34%). “É o cessamento de toda violência, seja ela física, ideológica ou intelectual, que impede o ser humano de se desenvolver como um todo”. Conclusão: Esta pesquisa revelou a rede de relações e conexões entre as categorias que formam o ambiente propício à promoção da paz entre os adolescentes. Isso resulta na construção de um conceito de paz por meio de experiências de vida dos profissionais de saúde, que podem atuar como promotores de cultura direcionando para a paz e da redução da violência entre os adolescentes. Permite apropriar e expandir o conceito de paz. Palavras-chave: violência doméstica, adolescentes, cultura de paz.

AO 13 – SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE E JOVEM LÉSBICA, GAY, BISSEXUAL, TRANSGÊNERO (LGBT) PARTICIPANTE DA PARADA DO ORGULHO GAY DE SÃO PAULO

Autores: Leal A.C., Moraes E.M., Pedullo P., Napolitano M., Freitas B.R.

Instituição: Programa Saúde do Adolescente – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo

Resumo: Objetivo: Analisar o perfil de adolescentes e jovens LGBT numa Parada do Orgulho Gay. Método: Utilizada a associação das metodologias qualitativa (Bardin, 1977) e quantitativa. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, na Parada do Orgulho LGBT, em junho de 2009, em São Paulo, Brasil. Resultados: Dos 262 pesquisados, 63,50% eram adolescentes e 36,50%, jovens, sendo 169 (65,50%) do sexo biológico masculino e 93 (35,50%) do sexo feminino. Em relação à conduta sexual, 64,93% eram homossexuais e 35,07% eram bissexuais. Assumiram sua sexualidade: 27,50%, entre 10 e 14 anos; 56,50%, entre 15 e 19 anos; e 4,20%, após os 20 anos. Assumiram para os pais: 70,60% assumiram para a mãe e 49,70% assumiram para o pai. Uso assíduo de camisinha: 48,50%. Vão ao médico preventivamente: 55,40%. Fazem exames preventivamente: 54%. Ao serem atendidos: 59,90% sentem-se bem e 37,4% não muito bem, mal ou muito mal. Número de parceiros: masculinos, 41,93% mais de 10 parceiros e, femininos, 35% mais de 10. Conclusão: A maioria (84%) entrevistada assumiu sua sexualidade entre 10 e 19 anos. Sentem maior dificuldade de assumir sua sexualidade para o pai do que para a mãe, mostrando a falta de apoio familiar. Já 44,60% não vão ao médico preventivamente e 46% não fazem exames preventivos. Tanto 41,93% dos homens como 35% das mulheres tiveram mais de 10 parceiros sexuais, com uso irregular de camisinha em 51,50%, mostrando alta vulnerabilidade à saúde. Mais de 37% desse grupo sentem preconceito e discriminação por parte dos profissionais da rede pública. Esse perfil orienta novas políticas públicas de saúde em adolescência e família, bem como contribui para melhorias do serviço público de saúde.

AO 14 – SÉRIE HISTÓRICA DA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA DAS ADOLESCENTES DA CASA DO ADOLESCENTE DE PINHEIROS, SÃO PAULO, BRASIL, ENTRE OS ANOS DE 2007 E 2009

Autores: Takiuti A.D., Melo E.M.V., Kerr J.M.S., Calvo F., Fernandes L.S., Moraes S.D.T.A., Monteleone M.L.

Instituições: Programa Saúde do Adolescente – Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo – Casa do Adolescente de Pinheiros, São Paulo

Resumo: Objetivo: Analisar a citologia oncocítica das adolescentes atendidas em ambulatório de serviço público especializado em atendimento de adolescentes. Método: Trata-se de estudo descritivo em que se analisaram as citologias oncocíticas de 1.021 adolescentes, totalizando uma coleta de 1.253 citologias oncocíticas, colhidas num ambulatório de serviço público especializado em atendimento de adolescentes, no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2009, segundo o sistema de Bethesda (2001). Resultados: No grupo geral de 1.253 adolescentes, a idade média das adolescentes foi de 17,15 anos e a mediana, de 17 anos. A citologia oncocítica revelou 80 (6,38%) atípicas celulares. Dessas atípicas, 38 (3,03%) correspondem a células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), 41 (3,27%), a lesão intraepitelial escamosa de baixo grau (LSIL) e 1 (0,08%), a lesão intraepitelial de alto grau (HSIL). A microbiologia evidenciou 163 (13%) *Gardnerella vaginalis*, 58 (4,63%) *Candida* sp., 17 (1,36%) *Trichomonas vaginalis* e 13 (1,04%) efeitos citopáticos compatíveis com HPV. Conclusão: Esses achados corroboram a necessidade de detecção precoce, tratamento e ações educativas para diminuir a incidência dessas alterações. Essas adolescentes são estimuladas a realizar precoce e rotineiramente a prevenção de câncer do colo uterino. Palavras-chave: citologia oncocítica, adolescência, atendimento multiprofissional.

AO 15 – SEGUIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS DE ALTO RISCO: MELHOR QUALIDADE DE VIDA DOS MESMOS

Autores: Moraes S.D.T.A.* **, Sestokas S.R.Z.*, Freitas L.E.*, Sartis A.*, Pinheiro M.*, Moraes Rosa A.P.A.***, Moraes E.M

Instituições: * Hospital Maternidade Interlagos, SES, São Paulo. ** Núcleo de Estudos sobre Violência e Humanização da Assistência à Saúde (NEVHAS)

Resumo: Objetivo: Acompanhar em ambulatório o desenvolvimento de todos os recém-nascidos (RN) que passaram pela unidade neonatal de internação, assim como o desenvolvimento de todos os RN prematuros (1.500-2.000 g) e os com muito baixo peso ao nascimento (< 1.500 g), nascidos em uma maternidade pública. Método: O ambulatório de atendimento de RN de alto risco do Hospital Maternidade Interlagos (HMI), São Paulo-SP, conta com equipe interdisciplinar: neonatologista, enfermeira responsável pelo aleitamento materno, oftalmologista, ultrassonografista, fonoaudiólogo, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta e neuropediatra. Critérios de inclusão: recém-nascido com peso inferior a 1.500 g e/ou patologias como malformações congênitas, insuficiência respiratória, isoimunização Rh, infecções congênitas, neuropatias, síndrome convulsiva, entre outras. A primeira consulta deverá ser marcada sete dias após a alta. Na alta hospitalar, são fornecidos para a puérpera resumo de alta completo e xerox da folha de rosto, e ela é orientada sobre a importância de comparecer à consulta levando essa documentação. Semanalmente, são realizadas oficinas/reuniões/consultas para amenizar as consequências/sequelas dessas prematuridades, como morbidades neurológicas, especialmente quando associadas a outras complicações da prematuridade, tais como alterações pulmonares, cardíacas e renais, entre outras. Ações apropriadas são desenvolvidas para estimular o desenvolvimento neuropsicomotor dessas crianças. Nesses encontros, diversas orientações são fornecidas para as mães/famílias, porém a instituição acolhe esse binômio mãe-filho se, eventualmente, necessitar, mesmo não sendo o dia de atendimento dessa demanda. O aleitamento materno é estimulado e bem aceito. Do ponto de vista neuropsiquiátrico, os RN são avaliados mensal ou bimensalmente de acordo com cada caso, intensificando-se quando detectada alguma alteração neurológica. Os bebês são então encaminhados à terapia de reabilitação, sendo a fisioterapia motora e a fonoaudiologia as mais usadas. Quanto mais precocemente se inicia essa reabilitação, melhores são os resultados e, consequentemente, com menos sequelas motoras. De janeiro a dezembro de 2008 participaram deste ambulatório: binômio mãe-filho. Resultados: Diminuição da morbimortalidade neonatal e infantil da área de abrangência do HMI. Conclusão: Aumento significativo na sobrevida desses RN associado a incremento na qualidade de vida e acolhimento das diversas demandas das mães e/ou suas famílias.

AO 16 – VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER: CARACTERÍSTICAS DO ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Autores: Cabral Z.A.F., Nascimento C.V., Pereira A.A.

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

Resumo: Objetivo: Este trabalho teve como objetivo avaliar a assistência prestada às mulheres vítimas de violência sexual que procuraram o Hospital Universitário Júlio Müller. Métodos: Estudo descritivo retrospectivo pela análise dos prontuários das mulheres vítimas de violência sexual num período de sete anos. Resultados: Das 267 vítimas, 13,6% eram menores de 10 anos, 53,8% tinham entre 10 e 19 anos. Observou-se que a maioria das agressões foi praticada por pessoas conhecidas (58%) e, ao se relacionarem as faixas etárias das vítimas e o grau de parentesco com os agressores, observou-se que crianças menores de 10 anos foram a categoria que em maior número sofreu violência por parte de um agressor que tem algum grau de parentesco, representando 52,5% dos casos registrados contra crianças. Entre as adolescentes, observou-se que 28,1% foram vitimizadas por agressores com algum grau de parentesco. Ao se avaliar a condição física e mental das vítimas, verificou-se que 15 eram portadoras de algum tipo de deficiência física ou mental e 69,2% delas sofreram violência por agressores conhecidos. Na investigação do número dos episódios de violência contra a mesma mulher, encontrou-se que as vitimizações ocorreram na maioria das vezes como um único episódio, representando 77,1%. Quando o agressor possuía algum grau de parentesco com a vítima, notou-se que a agressão ocorreu em mais de um episódio em 50% delas. Das mulheres atendidas, 53,5% procuraram inicialmente o Instituto Médico Legal, 32,2%, uma delegacia, 9% tiveram nossa instituição como local de primeira procura e apenas 5,4% das vítimas buscaram o Conselho Tutelar. De todos os casos de vítimas de violência sexual analisados, 76,1% mantiveram acompanhamento ambulatorial após o primeiro atendimento. Das vítimas de estupro que mantiveram acompanhamento, 26 engravidaram e só uma optou pela interrupção da gestação. Com relação ao uso de drogas por parte dos agressores durante o ato da violência, a maioria, 64,7%, não estava sob efeito de qualquer tipo de droga. O local mais utilizado pelo agressor foi em 44,7% a casa da própria vítima, seguido pelas vias públicas em 27% e a casa do agressor em 16%. Conclusão: Os resultados encontrados no presente estudo são semelhantes aos da literatura científica acerca do tema, atentando para a necessidade de atendimento contextualizado, com rede que acolhe, trata, age e pensa de forma integrada e alertando para a importância de passar do campo teórico para a prática dessas ações.

AO 17 – PERFIL DO AGRESSOR DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL ASSISTIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Autores: Pires E.S., Cunha M.C., Fernandes T.B., Camara W.P., Carvalho L.S., Araujo W.J.

Instituições: Hospital Geral de Nova Iguaçu/Universidade Iguaçu (UNIG)

Resumo: Objetivo: Descrever o perfil de crianças e adolescentes atendidas em um Centro de Referência para Violência Sexual. Material e métodos: Estudo transversal de crianças e adolescentes atendidas por equipe multidisciplinar em ambulatório especializado de assistência a vítimas de violência sexual, de janeiro de 2008 a janeiro de 2010. Resultados: Foram assistidas 324 pacientes. Dessas, 112 compareceram apenas para atendimento emergencial, sendo 12,5% crianças (n = 14) e 47,3% adolescentes (n = 53), e 212 foram atendidas no ambulatório para seguimento, sendo 7% crianças (n = 15) e 55,2% adolescentes (n = 117). Quanto ao agressor, entre as crianças predomina o tipo conhecido: 72,4% (n = 21) e a ocorrência no ambiente domiciliar. Entre as adolescentes, o agressor é conhecido em 21,8% (n = 37), em 72,2% dos casos (n = 65) a violência ocorre na rua. Entre as adolescentes, houve 10 casos de abuso sexual crônico, com três gestações decorrentes da violência. As três gestações transcorreram sem anormalidades. Conclusão: A infância e a adolescência são fases de vulnerabilidade. A violência intrafamiliar e a assistência multidisciplinar auxiliam na reestruturação física e psíquica necessárias para a saúde integral dessas vítimas e suas famílias.

Delegados da SOGIA-BR

RIO GRANDE DO SUL

Liliane Herter lherter@terra.com.br
Marcelino H. Poli mepoli@terra.com.br
Glênio Spinato spinato@tpo.com.br

SANTA CATARINA

Fabiana Troian fatroian@yahoo.com.br
Ivana Fernandes ivanafernandes@hotmail.com

PARANÁ

Fernando César de Oliveira Jr. fernandocojr@yahoo.com.br

MATO GROSSO DO SUL

Tatiana Serra da Cruz Vendas
(67) 3384-2982 tatianasc@terra.com.br

DISTRITO FEDERAL

José Domingues Jr. josedo@terra.com.br

GOIÁS

Alessandra Arantes

SÃO PAULO

Ribeirão Preto: Rosana Maria dos Reis ramareis@fmrp.usp.br
São Bernardo do Campo: Encarnação Rodriguez Laghai elaghai@uol.com.br
Barueri: Arlete Gianfaldoni arletegi@terra.com.br

RIO DE JANEIRO

Denise Leite Maia Monteiro denimonteiro2@yahoo.com.br
Filomena Aste Silveira femena@uol.com.br
Elaine Pires elainespibesba@yahoo.com.br / elainespibes@ig.com.br

ESPÍRITO SANTO

Ricardo Cristiano Rocha ricardo.cristiano@yahoo.com.br

MINAS GERAIS

João Tadeu Leite dos Reis joaotadeu@seven.com.br
Claudia Lucia Barbosa Salomão ginecoinfantopub@yahoo.com.br

BAHIA

Cremilda Costa de Figueiredo cremilda@svn.com.br
Márcia Cunha Machado marciascmachado@uol.com.br

CEARÁ

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães mariadelourdes@uol.com.br
Silvia de Melo Cunha smel@oi.com.br

MARANHÃO

Erika Krogh erikakrogh@yahoo.com.br

PARÁ

José Clarindo Martins Neto

Normas e instruções para publicação em nossa revista

Instruções aos autores

A Revista da SOGIA-BR é um periódico trimestral da Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, dirigido aos médicos e profissionais de áreas afins que trabalham no atendimento de crianças e adolescentes. Destina-se à publicação de artigos que versem sobre temas específicos da área e que não tenham sido publicados em outro periódico. Podem ser escritos em português ou em espanhol.

O trabalho deve ser encaminhado preferencialmente pelo e-mail sogia@sogia.com.br, com cópia para joasealcione.almeida@gmail.com, acompanhado de autorização assinada por todos os autores para sua publicação na Revista da SOGIA-BR. Quando for encaminhado pelo correio, deve ser gravado em CD, impresso em duas cópias e enviado para o endereço da SOGIA constante na primeira página da revista.

Quando enviado por e-mail, a autorização para a publicação assinada pelos autores é dispensada desde que conste o endereço eletrônico deles, para contato pela comissão editorial.

Todos os artigos recebidos serão submetidos à análise pela comissão editorial. Os que não se enquadrarem nas normas da revista serão devolvidos com as orientações para as devidas correções.

A revista publica artigos nas categorias Artigo Original (pesquisa prospectiva ou retrospectiva, com casuística ou material próprios), Artigo de Revisão e Relato de Caso. Uma vez aprovado, o artigo passa a ser propriedade da Revista da SOGIA-BR.

Na seção notícias podem ser publicadas cartas aos editores, bem como notícias sobre assuntos de interesse para os leitores, desde que a comissão editorial considere pertinente.

À comissão editorial é dado o direito de aprovar ou não os artigos recebidos.

Os conceitos e opiniões contidos no texto são de inteira responsabilidade dos autores.

Normas para publicação

1. Cada trabalho poderá ter até sete autores, e pelo menos um dos autores deve ser sócio da SOGIA-BR. Para estrangeiros é dispensada a exigência de filiação.
2. Os textos de Trabalho Original, Trabalho de Atualização ou Revisão e Relato de Caso devem ser digitados em arquivo Word em papel tipo A4, letra Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5 e com 12 a 18 páginas.
3. No texto, não se deve fazer uso de letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (Pereira, e não PEREIRA). Não se deve usar ponto em siglas (OMS, e não O.M.S.) nem abreviações diferentes das clássicas e habituais.
4. Na página de rosto do trabalho, devem ser colocados o título, em português e inglês, o nome completo e a titulação dos autores, incluindo a função ou o cargo na instituição onde foi desenvolvido o trabalho.
5. Exige-se a identificação da instituição onde este se desenvolveu. O endereço do autor para correspondência deve ser completo, incluindo e-mail ou fax.
6. O corpo de trabalho de investigação deve ser desenvolvido nos moldes habituais: introdução, casuística e métodos (evitar o termo metodologia), resultados, discussão e conclusão.
7. Todos os trabalhos (original e atualização) devem conter resumo (português) e abstract (inglês) e devem ser redigidos de forma a dar as informações completas do texto, de forma condensada. Sempre colocar palavras-chave e keywords.
8. Figuras, gráficos e tabelas devem ser o mais simples possível, somente com as informações estritamente necessárias à compreensão do texto. Fotos devem ser em alta resolução, próprias para impressão.
9. Referências bibliográficas: não devem ultrapassar 30 referências, que devem ser relacionadas no final do trabalho, por ordem de citação no texto. No texto, as referências devem seguir o padrão exemplificado aqui: *Puberdade precoce ocorre em 20 de cada 20 mil crianças*¹. Essa referência será a primeira da lista das referências bibliográficas no final do texto.