

REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- AVALIAÇÃO DA MICROFLORA VAGINAL DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DOCENTE ASSISTENCIAL DA BAHIANA EM SALVADOR, BAHIA
- VULVOVAGINITE NA INFÂNCIA
- ÚLCERAS GENITAIS COMO O PRIMEIRO SINAL DE DOENÇA DE BEHÇET EM MENINA DE 11 ANOS

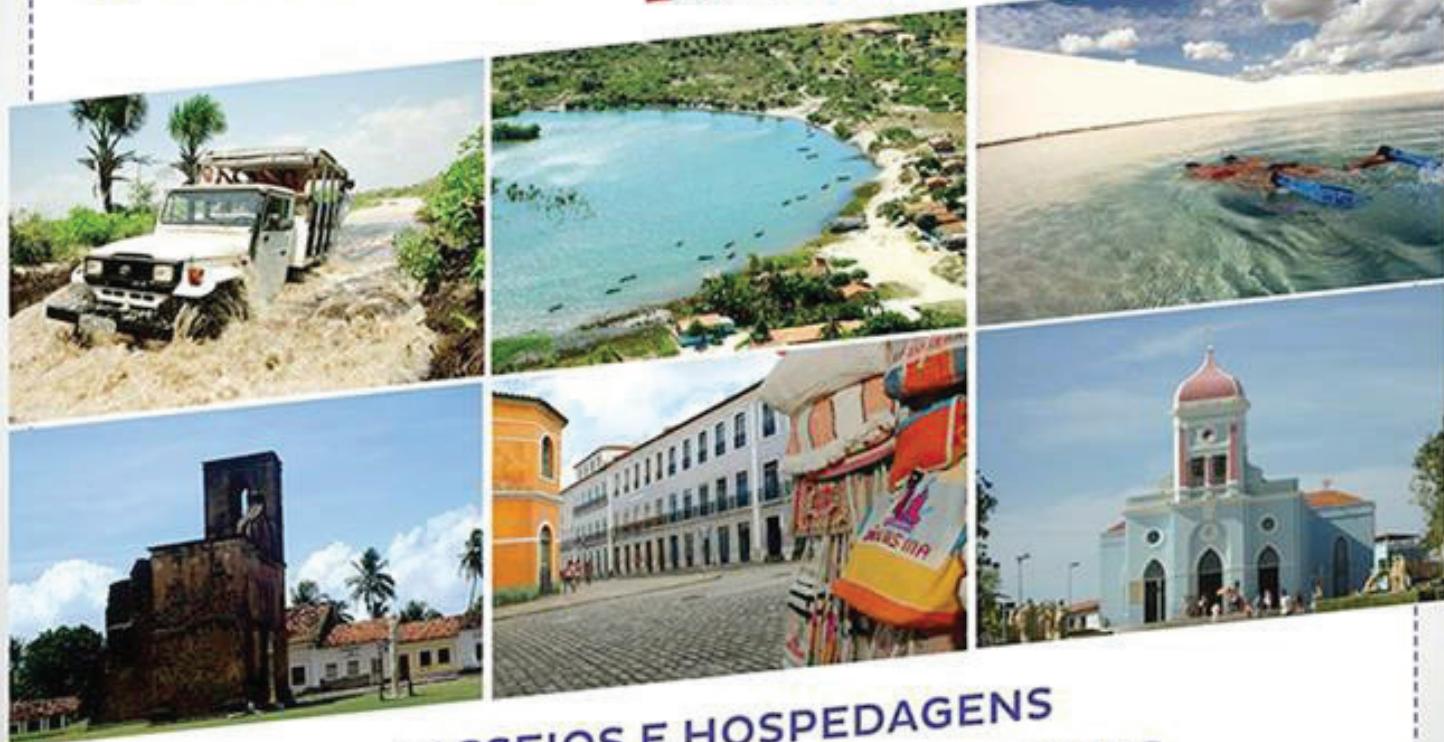
**14 A 16
AGOSTO**

PESTANA SÃO LUÍS
RESORT HOTEL

XIII Congresso
Brasileiro de
Obstetrícia e Ginecologia
da Infância e Adolescência

VII Congresso Maranhense
de Obstetrícia e Ginecologia

**APROVEITE E
CONHEÇA AS BELEZAS
DO MARANHÃO**



PASSEIOS E HOSPEDAGENS
WWW.TAGUATUR.COM.BR/EVENTOS

55 98 2109.6400
VIAJAR FICOU MUITO MAIS FÁCIL



TAGUATUR
Turismo & Eventos



SUMÁRIO

EDITORIAL 2

ARTIGO ORIGINAL

Avaliação da microflora vaginal das adolescentes atendidas no ambulatório docente assistencial da Bahiana em Salvador, Bahia 3

ARTIGO ATUALIZAÇÃO

Vulvovaginite na infância 11

RELATO DE CASO

Úlceras genitais como o primeiro sinal de doença de Behçet em menina de 11 anos..... 18

COMISSÃO EDITORIAL

EDITOR

José Alcione Macedo Almeida (SP)

EDITORES ASSOCIADOS

Vicente Renato Bagnoli (SP)

CORPO EDITORIAL

Adriana Lipp Waissman (SP)

Albertina Duarte Takiuti (SP)

Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)

Claudia Lúcia Barbosa Salomão (MG)

Cristina Falbo Guazzelli (SP)

Denise Maia Monteiro (RJ)

Elaine da Silva Pires (RJ)

Erika Krogh (MA)

Glênio Spinato (RS)

João Bosco Ramos Borges (SP)

João Tadeu Reis Leite (MG)

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 Galletta (SP)

Maria de Lourdes C. Magalhães (CE)

Maria Virginia F. Werneck (MG)

Marta Fancis Benevides Rehme (PR)

Ricardo Cristiano Leal Rocha (ES)

Romualda Castro do Rego Barros (PE)

Tatiana Serra da Cruz Vendas (MS)

Zuleide Cabral (MT)

CORPO DIRIGENTE DA SOGIA-BR

Presidente Emérito:

Álvaro da Cunha Bastos

In Memorium

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente:

José Alcione Macedo Almeida
josealcione.almeida@gmail.com

Vice-Presidente:

Vicente Renato Bagnoli
vrbagnoli@uol.com.br

1º Secretário:

João Bosco Ramos Borges
drbosco@terra.com.br

2º Secretário:

Marco Aurélio K. Galletta
mgalletta@uol.com.br

1ª Tesoureira:

Ana Célia de Mesquita Almeida
anacelia.mesquita@yahoo.com.br

2º Tesoureiro:

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

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:

Denise Maia Monteiro
denimonteiro2@yahoo.com.br

Vice-Presidente Região Centro-Oeste:

Zuleide Felix Cabral
hzcabral@terra.com.br

Vice-Presidente Região Norte-Nordeste:

Romualda Castro do Rego Barros
romycastror1@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

www.sogia.com.br



Casa Leitura Médica

Rua Rui Barbosa, 649

Bela Vista – São Paulo, SP

CEP 01326-010 – Telefax: (11) 3151-2144

E-mail: contato@lmedica.com.br



A DESPEDIDA DO PROFESSOR ÁLVARO!

A vida espiritual ainda não é explicada, pelo menos para mim. Como ao longo da minha vida tive várias decepções com religião, não sou praticante de nenhuma. Também não sou supersticioso, mas tenho muitas dúvidas, principalmente com as coincidências. Algumas dessas são intrigantes.

O que me fez discorrer sobre isso foi o que presenciei na cerimônia de cremação do Professor Álvaro Bastos. Foi simples e reservada para a família e amigos muito próximos. Foi a primeira e única cerimônia de cremação que assisti e que, convenceu-me de que é a forma mais sensata e menos dolorosa de se despedir de um ente querido. Quem já conhece sabe. Respeito quem pensa ao contrário.

Pois bem, vamos ao que chamou a atenção, minha e de outras pessoas que comentaram posteriormente comigo. Quando acaba a cerimônia, a urna com o corpo começa a descer lentamente. “Coincidentemente”, nesse exato momento, ouve-se um som de árvores balançando, tocadas pelo vento e um som que naquele momento não o identifiquei exatamente, mas que senti um clima confortador. Saíamos todos do recinto, sem nos falarmos, com palavras e sim com olhares. Senti que naquele momento não estávamos tristes e sim, com outro sentimento que confesso, não sei nominá-lo. Ao chegarmos lá fora percebi que estava chovendo, uma chuva “tranquila”, sem trovão, um vento leve mas o suficiente para balançar os galhos das árvores como se estivesse embalando um bebê em uma rede na varanda de uma casa de fazenda. Professor, jamais o esquecerei!

José Alcione Macedo Almeida
Presidente da SOGIA-BR

AVALIAÇÃO DA MICROFLORA VAGINAL DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO AMBULATÓRIO DOCENTE ASSISTENCIAL DA BAHIANA EM SALVADOR, BAHIA

EVALUATION OF MICROFLORA VAGINAL OF ADOLESCENTS AT BAHIANA AMBULATORY CARE TEACHING IN SALVADOR, BAHIA

MARIANA CALAZANS DA SILVA¹ E MÁRCIA SACRAMENTO CUNHA MACHADO²

RESUMO

Objetivos: Comparar as diferenças da flora vaginal de adolescentes segundo atividade sexual. Secundariamente, descrever diferenças na microflora vaginal das pacientes sexualmente ativas que utilizam e as que não utilizam contracepção de barreira, além de relacionar queixa clínica com microflora vaginal das adolescentes. **Métodos:** estudo transversal descritivo no qual se avaliaram 356 adolescentes com ou sem atividade sexual sendo coletados dados de prontuários médicos e analisados os resultados de exames colpocitológicos realizadas no Serviço de Ginecologia da Infância e Adolescência (Segia) do Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana (ADAB), em Salvador. Avaliou-se a microflora vaginal de acordo com a presença de *Gardnerella*, *Cândida* e *Trichomonas*, principais agentes etiológicos de vaginose e vulvovaginites. **Resultados:** A microflora vaginal das adolescentes neste estudo foi composta basicamente por bacilos, lactobacilos e cocos. Uma maior porcentagem de pacientes do grupo sexualmente ativo apresentou microorganismos potencialmente patogênicos (*Gardnerella*, *cândida* e *Trichomonas*). Não houve significância estatística quando se comparou o uso de contracepção de barreira e o resultado do exame. As queixas com maior frequência foram as vulvovaginais relacionadas ao fluxo, odor e prurido vaginal.

Palavras-Chave: microflora vaginal – adolescente – vulvovaginite – vaginose bacteriana – exame colpocitológico.

ABSTRACT

Objectives: To compare the differences of the vaginal flora in adolescents according to sexual activity. Furthermore to describe differences in vaginal microflora of sexually active patients using and not using condom, and correlate with clinical complaints of vaginal microflora adolescents. **Methods:** Cross-sectional study which evaluated 356 adolescents with or without first sexual intercourse to collect data from medical records and analyzed the results of cervical cytology performed at the Department of Gynecology of Childhood and Adolescence (Segia) – Bahiana Ambulatory Care Teaching (ADAB) in Salvador. We evaluated the vaginal microflora according to the presence of *Gardnerella*, *Candida* and *Trichomonas*, main etiological agents of vulvovaginitis and vaginosis. **Results:** The vaginal microflora of adolescents in this study were basically composed of bacilli, cocci and lactobacilli. A higher percentage of patients in the sexually active group had potentially pathogenic microorganisms (*Gardnerella*, *Candida* and *Trichomonas*). There was no statistical significance when comparing the use of condom and test results. The most frequent complaints were related to vulvovaginal flow, odor and vaginal itching.

Keywords: vaginal microflora – teenager – vulvovaginitis – bacterial vaginosis – Pap test.

INTRODUÇÃO

A microflora vaginal é predominantemente aeróbica, sendo que os lactobacilos produtores de peróxido de hidrogênio são as bactérias mais comumente observadas¹. O *Lactobacillus acidophilus*, produtor de peroxidase, é o microorganismo predominante na vagina de 90% das mulheres². Outros componentes bacterianos também fazem parte da flora vaginal e conjuntamente agem, inibindo a proliferação de outros microorganismos.

As espécies de lactobacilos mais frequentemente isoladas na flora vaginal de mulheres saudáveis, em estudos com tecnologia biomolecular, são *L. crispatus*, *L. jensenii*, *L. gasseri* e *L. vaginalis*. São também estas as espécies que melhor produzem H₂O₂ e conseqüentemente levam a acidificação do meio³.

Mudanças na população vaginal podem ser ocasionadas por uso de antibióticos, irritação local da mucosa, alterações hormonais, hábitos de higiene e atividade sexual. Existe ainda referência de alteração da microflora vaginal com o tabagismo e o diabetes^{4,5,6}.

Em meninas pré-púberes, a presença de vagina atrofica (pH entre 6,5 a 7,5), ausência de coxins adiposos vulvares e pêlos pubianos, a curta distância entre vagina e ânus, a pequena abertura do hímen obstruindo a saída de conteúdo vaginal e a diminuição dos mecanismos imunes locais representam fatores predisponentes para o aparecimento de vulvovaginites⁷.

A faixa etária que vai dos 10-19 anos corresponde ao período da adolescência, segundo definição da Organização Mundial de Saúde (OMS). É também neste período que a maioria das meninas iniciam a atividade sexual.

A iniciação sexual ocorre em média aos 16 anos de idade. Aos 19, mais de 70% das adolescentes já tiveram sua primeira relação sexual⁷.

A colpocitologia vaginal ou *Papanicolaou*, como é conhecida, é um exame importante para diagnóstico de infecções genitais e rastreio do câncer de colo do útero.

O Papilomavírus Humano (HPV) é o principal agente envolvido na fisiopatologia do câncer genital e o contágio se dá normalmente na adolescência, onde a atividade sexual é iniciada muitas vezes sem proteção^{8,9,10}.

Assim, as modificações colpocitológicas encontradas podem orientar a conduta do ginecologista em relação à prevenção do câncer cervical, além de permitir o tratamento das infecções identificadas.

Nos Estados Unidos, 25% dos casos de DSTs ocorrem em adolescentes. Entretanto, se calcularmos a incidência das DSTs pelo número de pessoas sexualmente ativas, veremos que a ocorrência nesta faixa etária é muito maior do que na população adulta¹¹. O uso de *condom* ainda é pouco avaliado em relação à influência sobre a flora vaginal.

A partir de estudos anteriores pode-se perceber a importância da temática já que mulheres com menos de 20 anos apresentaram maiores prevalências de vaginose bacteriana e de infecção por *Candida sp*¹². A faixa etária que compreende o período da adolescência é pouco abordada isoladamente e está contida, na maioria das vezes, em estudos que englobam diferentes períodos da vida da mulher.

O principal objetivo deste estudo é descrever a microflora vaginal de adolescentes. Os objetivos secundários são comparar as diferenças segundo atividade sexual, uso de contracepção de barreira e queixa clínica.

MÉTODOS

Estudo descritivo com análise retrospectiva de 359 prontuários de adolescentes atendidas nos anos 2008, 2009 e 2010 no Serviço de Ginecologia da Infância e Adolescência (Segia) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública/ Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana (ADAB).

O critério de inclusão de cada paciente no estudo foi ter sido atendida no Segia e ter entre 10 e 19 anos de idade. O Trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, tendo sido aprovado no dia 30 de junho de 2011, com o protocolo da pesquisa número 101/2011.

As pacientes foram divididas em dois grandes grupos segundo a atividade sexual. Foram analisadas as variáveis idade, etnia, escolaridade, menarca, queixa clínica e exame ginecológico. No grupo com atividade sexual foi também analisado a frequência de uso de preservativos, idade do primeiro coito e número de parceiros sexuais. Foi descrito a microflora vaginal das adolescentes nos dois grupos, comparando-se com as variáveis.-

A descrição colpocitopatológica das pacientes foi obtida através de dados do Segia e do banco de dados no Setor de Citologia do ADAB. Através desses laudos identificou-se a microflora vaginal das adolescentes, e os patógenos mais frequentes, bem como o grupo que mais apresentou alterações dessa flora.

Os resultados colpocitopatológicos foram considerados alterados na presença de *Gardnerella vaginalis*, *Trichomonas* e *Candida sp*, principais agentes etiológicos de vulvovaginites, e na presença de citólise.

Não foi aplicado questionário e nem disponibilizado termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) específico para este estudo, porém todas as pacientes do Segia possuem termo de autorização consentida para utilização dos dados de prontuário em trabalhos científicos, desde que respeitado os princípios éticos:

Os dados coletados foram computados no Microsoft Office Excel 2007 e o programa de estatística utilizado foi o SPSS 15.0. As variáveis foram categorizadas e analisadas no programa escolhido.

RESULTADOS

O total de pacientes presentes no estudo (n=356) foi dividido em dois grupos. O grupo 1 foi formado por 225 pacientes (63%), as quais não referiram relação sexual e, 131(37%) adolescentes, referiram já terem atividade sexual.

Descrição da população estudada

População composta por adolescentes com idade que varia dos 10 aos 19 anos. Os grupos diferem quanto à idade sendo a média de idade encontrada no grupo 1 foi de 13 anos, sendo a idade máxima 18 anos e a mínima de 10 anos. Enquanto que no grupo 2 a média foi de 16,5 anos, sendo a idade máxima de 19 anos e a mínima de 12 anos. Observou-se que a idade mais prevalente no primeiro grupo foi dos 10 aos 15 anos compreendendo 86% do total desse grupo, enquanto que no segundo grupo a idade mais encontrada foi na faixa dos 15 aos 17 anos (75%), sendo que 30% estão compreendidas na faixa etária de 18 a 19 anos. Em ambos os grupos a raça mais prevalente foi a afrodescendente foi mais prevalente.

No grupo 1 equivaleu a 31%, sendo que, em 138 casos não continham a informação sobre a cor no prontuário. E, no grupo de pacientes com vida sexual ativa, 75%. Computando o equivalente a 47% da população total estudada de afrodescendentes.

Quanto à escolaridade também houve diferença nos dois grupos. O Ensino Fundamental teve maior porcentagem no grupo que não iniciou vida sexual, equivalente a 50%, porém em 45% não houve especificação de escolaridade nos prontuários. No segundo grupo, 92% encontrava-se no Ensino Médio.

Apenas 19% das adolescentes que frequentaram o Ambulatório de 2008 a 2010 e que não tiveram a primeira relação sexual, não apresentavam menarca. No grupo de pacientes com atividade sexual todas já tinham apresentado menarca no dia da consulta em que foi realizada a coleta de material biológico para o exame.

Na história sexual, o primeiro coito ocorreu antes dos 15 anos em 32% das pacientes que já tinham atividade sexual, 53% tiveram/tem parceiro único e 49% utilizaram esporadicamente ou nunca utilizaram preservativo nas relações sexuais (tabela 1).

Tabela 1 – Descrição da população estudada sem vida sexual (n= 225) e com vida sexual (n= 131), respectivamente.

Características	n (%)	n (%)
Idade (anos)		
Média	*13,12±2,04	*16,5±1,66
10 a 12 anos	97 (43)	17 (13)
13 a 15 anos	97 (43)	75 (57)
16 a 19 anos	31 (14)	39 (30)
Etnia		
Branca	17 (8)	11 (8)
Não Branca	70 (31)	98 (75)
Não informado no prontuário	138 (61)	22 (17)
Escolaridade		
Ensino Fundamental	112 (50)	5 (4)
Ensino Médio	11 (5)	120 (91)
Não informado no prontuário	102 (45)	6 (5)
Menarca		
Sim	172 (76,4)	131 (100)
Já com atividade sexual		
≤ 14 anos		42 (32)
≥ 15 anos		79 (60,3)
Não informado no prontuário		10 (7,7)
Parceiros		
Único		69 (53)
2 a 4 parceiros		43 (33)
5 ou mais parceiros		12 (9)
Não informado no prontuário		7 (5)
Uso preservativo		
Nunca/às vezes		64 (49)
Sempre/quase sempre		58 (44)
Não informado no prontuário		9 (7)

*média

Análise dos grupos quanto à atividade sexual:

A correlação entre a atividade sexual (ausente ou não) e o resultado do exame citopatológico forneceu um valor de $p < 0,05$. Nos dois grupos houve prevalência da microflora basal, porém a maioria dos exames com flora “alterada” (n=42) foi de pacientes sexualmente ativas.

As principais queixas clínicas foram as vulvovaginais nos dois grupos, seguidas por queixas relacionadas ao ciclo menstrual como dismenorreia, irregularidade menstrual e atraso menstrual. A prevalência de queixas vulvovaginais foi de 43,5% (n=93) no grupo sem atividade sexual e 24% (n=32) no grupo com vida sexual. A principal queixa vulvovaginal é, exclusivamente, a de fluxo vagina nos dois grupos; 41% e 52%, respectivamente. A segunda queixa mais frequente foi fluxo com odor em 21% das adolescentes do grupo 1 e também 21% das adolescentes no grupo 2 referiu fluxo com prurido. Não houve valor de p estatisticamente significativo para a variável de queixa clínica (tabela 2).

Tabela 2 – Queixas clínicas mais frequentes das adolescentes atendidas no Segia sem atividade sexual ** (n=225) e com atividade sexual * (n=131), respectivamente.**

Queixas clínicas	**n (%)	***n (%)
Queixas vulvovaginais	93 (43,5)	32 (24)
Queixas menstruais	57 (25,5)	21 (16)
Dor em Baixo ventre	5 (2,2)	4 (3)
*Outras queixas	11(5)	6(5)
Sem queixa clínica	55 (24)	26 (20)

* outras queixas são dispareunia, sinusiorragia, disúria, verrugas, caroço vulvar e mastalga, dor e ardor à micção.

**sem informação no prontuário n=4 (1,8%).

***sem informação no prontuário n=42 (32%).

Dos exames ginecológicos descritos em prontuário a maioria não apresentou secreção vaginal patológica, porém uma porcentagem maior de pacientes (14%) no grupo sexualmente ativo teve alteração no exame ginecológico quando comparado ao grupo de pacientes que não tiveram coito (5%). Assim como, dos resultados dos exames colpocitológicos uma porcentagem maior de pacientes do grupo sexualmente ativo apresentou na microflora microorganismos potencialmente patogênicos (*Gardnerella*, *cândida* e *Trichomonas*) em 32,1% das pacientes, enquanto que apenas 10,7% das adolescentes sem atividade sexual apresentaram esse tipo de achado no exame.

Em 20 pacientes, sem atividade sexual, o exame físico descrito no prontuário como sem alterações apresentou no resultado da microflora vaginal microorganismos com potencial patogênico. Enquanto que em nove pacientes houve anormalidade no exame físico, porém com microflora basal.

De igual modo, nas pacientes com vida sexual ativa, 22 pacientes com exame ginecológico sem alterações tiveram na microflora vaginal alguns dos agentes patogênicos e seis delas, com exame ginecológico alterado, no resultado da colpocitologia apresentaram flora basal. Quando se avaliou a totalidade das pacientes obteve-se um valor de $p > 0,05$ ($p = 0,095$), com correspondência entre os achados em 238 casos, ou seja, exame físico sem alterações para uma microflora basal ou exame físico alterado com achado no exame colpocitológico.

A microflora vaginal presente em ambos os grupos é predominantemente de bacilos, lactobacilos e cocos. E dentre aos possíveis patógenos encontrou-se no grupo com atividade sexual: *cândida* sp. 10%, Bacilos supracitoplasmáticos (*Gardnerella Mobiluncus*) 19%, e *Trichomonas vaginalis* 2%. Naquelas sem atividade sexual a microflora vaginal é basicamente bacilos e lactobacilos sp. (gráficos 1 e 2) e o processo inflamatório apresentou-se em 58,2%. Assim também o processo inflamatório esteve presente nos laudos de quase 90% das pacientes sexualmente ativas. Nas pacientes sem atividade

sexual o predomínio é de 92% de *bacilos*, enquanto que no grupo sexualmente ativo esse valor caiu para 47%. Observa-se que a microflora vaginal avaliada a partir do exame colpocitológico é mais diversificada nas pacientes com atividade sexual. Também esteve descrito nos laudos dos exames avaliados a presença de citólise, em 6,7% das pacientes sem vida sexual e 4% nas com vida sexual.

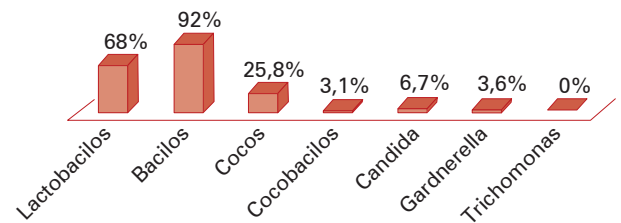


Gráfico 1 – Microflora das pacientes sem vida sexual atendidas no ADAB – 2008 a 2010.

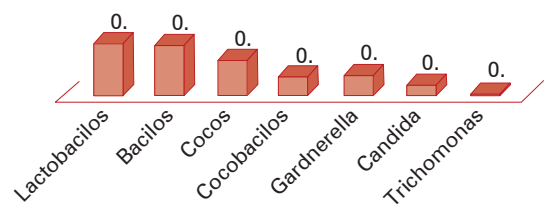


Gráfico 2 – Microflora das pacientes com vida sexual atendidas no ADAB – 2008 a 2010.

Das pacientes que não iniciaram atividade sexual encontrou-se 178 laudos normais- com microflora basal. E 47 laudos com algum microorganismo patogênico, em um grupo de 225 pacientes. Número esse, muito próximo do encontrado no grupo com atividade sexual estando alterados 48 exames de um total de 131. Dos resultados totais, de ambos os grupos, com alguma alteração da microflora vaginal ($n = 91$) constatou-se que em 37,4% deles houve a descrição de lactobacilos.

Análise dos subgrupos formados por pacientes sexualmente ativas quanto ao uso de preservativo, primeiro coito e número de parceiros:

Quando são comparadas as variáveis de frequência de uso de preservativo, no grupo de pacientes com atividade sexual, com o número de resultados alterados observa-se que naquele subgrupo de pacientes que nunca usaram preservativo nas relações sexuais ou não o fazem de rotina houve maior porcentagem de resultados alterados a partir das 64 pacientes desse subgrupo, de um total de 122- 39%. Sendo que nove pacientes não foram avaliadas devido à falta de informação no

prontuário com relação ao uso do preservativo. Os resultados foram similares em ambos os subgrupos com predomínio dos bacilos supracitoplasmáticos (*Gardnerella/Mobiluncus*) seguidos por *Cândida sp.* Também foi encontrado um caso de *Trichomonas vaginalis* em cada subgrupo.

De grande importância são as alterações evidenciadas a nível celular que somente foram encontradas no subgrupo “nunca/ às vezes” para uso de preservativo: 02 casos de ASCUS e 01 de Lesão intra-epitelial de baixo grau.

Não houve valor estatístico significativo quando correlacionado resultado do exame colpocitológico e frequência de uso de preservativo (p 0,73) e, resultado do exame colpocitológico e primeiro coito (p 0,53), depois de excluídos os casos sem a informação referente à variável analisada.

Houve relevância estatística quando relacionado o número de parceiros sexuais e o desfecho do resultado do exame colpocitológico (p 0,01). Das pacientes com cinco parceiros ou mais, 83% (n= 10) apresentaram laudos colposcópicos alterados, enquanto que a maioria (71%) dos laudos de pacientes que relataram parceiro único estavam normais (tabela 3).

Tabela 3 – Análise estatística das variáveis e desfecho dos laudos da citopatologia de pacientes com vida sexual (n= 131) atendidas no Segia.

	Normal	Alterado	
	N (%)	N (%)	p valor
1º. coito			0,53
Até 14 anos	29(23,9)	13 (11)	
Após 15 anos	50 (41,2)	29 (23,9)	
Parceiros			0,01
Único	49 (40)	20 (16,1)	
2-4	29 (24)	14 (11,3)	
≥5	02 (0,2)	10 (8)	
Preservativo			0,73
Sempre/ quase sempre	40 (32,7)	24 (19,6)	
Nunca / às vezes	38 (31)	20 (16,3)	

*Valor de p segundo teste qui-quadrado de Person

1º. coito n=121

Parceiros sexuais n=124

Preservativo n=122

DISCUSSÃO

Este trabalho apresenta limitação quanto à fonte de informação- prontuários médicos- que nem sempre fornecem dados suficientes para a pesquisa. Ao mesmo tempo tem-se a oportunidade de avaliar a microflora de um grande número de laudos colpocitológicos o que não seria possível em estudo longitudinal com aplicação de questionários em curto prazo de tempo.

A forma de análise da microflora vaginal está de acordo com dados da literatura. Apesar de outras metodologias iso-

larem diversidade maior de microorganismos, trata-se de um exame utilizado na prática médica atual. E, além disso, não se tem a descrição desta flora na adolescência, como é a proposta deste estudo.

Acredita-se que a mudança na composição da microflora, seja multifatorial. E, como já citados anteriormente, os fatores mais importantes são: comportamento sexual, higiene pessoal, o uso de duchas, uso de antibiótico e condições imunossupressoras. Avaliar todas essas variáveis não caberia nesse tipo de desenho de estudo, sendo possível apenas considerar, para esse trabalho, o comportamento sexual (idade do 1º coito, frequência de uso de preservativo e número de parceiros sexuais) de pacientes que tiveram coito.

Devido a poucos estudos com adolescentes e desconhecimento da composição da flora vaginal nessa faixa etária é que faz com que a microflora seja um dos assuntos mais discutidos pela Ginecologia, mas não somente nesse grupo de mulheres especificamente. O exame com coleta de material biológico da vagina e colo uterino para avaliação das alterações citológicas e da microflora é utilizado rotineiramente nos consultórios ginecológicos e com baixo custo para identificação de alterações mais comuns e que levam a queixas vulvovaginais, sendo o método diagnóstico utilizado neste trabalho.

A colpocitologia apesar de avaliar a microflora vaginal das pacientes e estar disponível no Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta algumas limitações diagnósticas. Métodos como, bacterioscopia, cultura de material cervicovaginal e a utilização de tecnologia molecular são métodos mais completos, mais caros e hoje com uso limitado à pesquisa clínica.

A colpocitologia oncótica é utilizada no SUS para rastreamento de alterações do câncer de colo uterino e lesões pré-malignas. É, também, através desse exame que é avaliada a microflora vaginal, pela fácil coleta e análise das lâminas com a secreção da vagina e colo uterino. Acredita-se que as pacientes procurem os ginecologistas não por interesse na prevenção do câncer de colo do útero, como se poderia pensar, mas pela necessidade de tratamento de vulvovaginites¹².

Hoje, estudos buscam desvendar a composição da flora vaginal^{12,13}. Muitos microorganismos têm sido isolados, e cujo poder patogênico tem sido estudado. *Trichomonas vaginalis*, *Cândida albicans*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Gardnerella vaginalis* e *Chlamydia trachomatis* são os patógenos mais frequentemente relacionados às cervicites e vaginites, enquanto bactérias como os *Staphylococcus sp*, os *Streptococcus sp* e os *Bacterioides sp* têm sido identificados como constituintes da flora normal¹⁴. Não se pode, no entanto, esquecer o papel que inúmeros fatores desempenham no desequilíbrio do binômio microorganismo-hospedeiro. Desta forma, *Cândida albicans*,

Trichomonas vaginalis e *Gardnerella* podem ser isolados em mulheres sem sintomatologia clínica^{15,16}, dificultando assim a interpretação do achado microbiológico. Assim como em mulheres sintomáticas, ocasionalmente não se tem conseguido isolar um patógeno. Este trabalho confirmou estes achados, desde quando pacientes sem queixa ginecológica, apresentaram uma microflora composta por patógenos em potencial.

Silva et al.¹⁷ em estudo com pacientes de 15 a 50 anos obteve a presença de lactobacilos com mais frequência no exame da microflora seguido por *Cândida sp.* No presente estudo, nos dois grupos avaliados quanto à atividade sexual a presença de bacilos foi mais frequente, seguida por lactobacilos e cocos/cocobacilos. Essa diferença pode ter sido devida à idade das pacientes, onde se observa com frequência alterações da microflora por motivos higiênicos.

Guerreiro et al.¹² comparou a eficácia dos exames colpocitopatológicos como método diagnóstico da microflora com os achados microbiológicos das culturas e encontrou que a diferença de um método para o outro está no isolamento de lactobacilos, sendo estes muito mais frequentes no exame da colpocitologia. Além disso, na colpocitopatologia, mais frequentemente, há descrição de processo inflamatório sem um agente patogênico específico, diferentemente da cultura do material vaginal e endocervical que isolou, em 78,3% das pacientes, *Corynebacterium sp* e, em 52,6% das pacientes *Staphylococcus epidermidis*, seguidos por *Gardnerella vaginalis* (48,4%) e *Lactobacillus sp.* (36,1%)¹². Quanto às alterações nos exames colpocitopatológicos analisados também se encontrou baixa especificidade nas pacientes com vida sexual ativa, onde 89% dos resultados mostraram processo inflamatório e apenas 32,1% apresentou agente específico como *Trichomonas*, *Gardnerella* e *Cândida*. Nas pacientes que não iniciaram vida sexual 58,2% tiveram processo inflamatório e somente 10,7% agente patogênico. A presença de lactobacilos foi observada em 68% dos laudos de microflora de adolescentes sem atividade sexual e em 50% dos laudos daquelas com vida sexual.

Mudanças na flora vaginal de mulheres com vida sexual são comuns. A vaginose bacteriana, por exemplo, está associada ao aumento do número de parceiros, duchas vaginais e DSTs¹⁸. No presente estudo tivemos uma relação estatística significativa entre a presença de flora vaginal “alterada” e o número de parceiros sexuais. Defende-se a hipótese de que atividade sexual sem proteção por preservativo é um importante fator no desenvolvimento de flora instável, vaginose bacteriana ou ambos¹⁹, apesar dos resultados analisados não mostrarem relevância estatística quanto a esse tema. Assim como no estudo realizado por Priestley²⁰ não houve relevância estatística para o sexo sem preservativo no desfecho do resultado (p 0,2).

Além disso, acredita-se que sejam muitas as variáveis implicadas nas mudanças da flora vaginal, como menstruação, flutuação hormonal, higiene íntima, o uso de roupas justas e uso de duchas. A prática sexual estaria envolvida no processo, pois, o sêmen, possivelmente, aumente o pH vaginal e desencadeie a mudança na microflora. O conhecimento sobre o comportamento específico nas relações sexuais e a subsequente mudança na microflora vaginal pode indicar pistas de como é a patogênese da vaginose bacteriana.

A vaginose, infecção causada por *Gardnerella vaginalis*, frequentemente, tem sido associada a fatores socioculturais como idade, falta de informação sexual adequada, grau de escolaridade e ocupação; que se refletem por atitudes associadas a maus hábitos de higiene, assim como grande número de parceiros, início precoce da vida sexual principalmente associada à falta de uso de preservativos⁵.

O resultado encontrado por Wanderley et al¹ utilizando uma população de 210 meninas até os 18 anos, a partir da avaliação clínica e ginecológica com uso também da microflora do exame colpocitopatológico foi similar ao descrito neste estudo. A queixa mais frequentemente referida foi corrimento vaginal com ou sem odor e prurido, sendo que corrimento vaginal exclusivo esteve presente em 40,9%, seguido por corrimento vaginal com odor em 22,8% e corrimento vaginal com prurido em 14,3%. Além disso, o mesmo trabalho encontrou maior porcentagem de pacientes (70%) apresentando vulvovaginite inespecífica, sem que fosse isolado agente etiológico.

Os agentes específicos mais comumente isolados na secreção vaginal foram *Gardnerella* no grupo com vida sexual e *cândida sp* no grupo sem vida sexual. Os mesmos patógenos encontrados por Koumantakis et al.²¹, Maniatis et al.²²: *cândida sp* e *Gardnerella* nessa ordem, mesmo perfil dos achados do grupo sem iniciação da vida sexual. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Silva et al.²³ que na análise dos principais agentes infectantes, a candidíase foi a principal infecção vaginal (41,18%), seguido pela vaginose bacteriana (27,08%).

Para Donders et al²⁴ apenas os sinais clínicos como corrimento não são indicativos de patologias, pois a presença de lactobacilos representa microflora vaginal normal e inibe o crescimento de várias outras bactérias que potencialmente são nocivas à mucosa vaginal.

Neste trabalho, dos resultados considerados “alterados” 37,4% tinham lactobacilos descritos nos laudos, e considerando apenas pacientes sexualmente ativas esse valor foi de 28,9% e de 45,7% nos laudos de pacientes sem iniciação da vida sexual.

Eschenbach et al¹⁴ em estudo com grupo de 18 a 40 anos, todas com atividade sexual comparou a flora vaginal das que usaram preservativos nas relações sexuais e as que não o utilizaram e o resultado foi semelhante em ambos os grupos. Não houve influência sobre a população de lactobacilos, o que, segundo o autor, leva a pensar que o sêmen não tem impacto sobre a colonização de lactobacilos. No presente estudo, não houve, igualmente, significado estatístico quando se comparou a microflora vaginal nos grupos com e sem o uso de preservativos.

Hipóteses a respeito da patogênese são formuladas, mas verdadeiramente não se tem ainda definido o que leva ao aparecimento da vaginose bacteriana e vulvovaginites. A alteração na microbiota vaginal parece estar relacionada a causas variadas, como já discutidas, devendo ser avaliada individualmente. Estudos sobre o comportamento sexual como influente no surgimento da vaginose bacteriana, e sobre influência hormonal, discutem que a fisiopatologia de tal condição possa estar relacionada com um sistema imunológico comprometido. A partir daí, o equilíbrio da microbiota vaginal é desfeito e microorganismos, até mesmo próprios da flora, passam a se sobrepor sobre a flora basal composta principalmente por lactobacilos.

A importância do estudo está na intensa frequência com que pacientes nessa faixa etária procuram seus ginecologistas com queixas vulvovaginais. Essa condição tem impacto na vida das pacientes devendo ser avaliada da melhor maneira. Mais estudos são necessários porque não existe um consenso na literatura sobre o manejo dessas pacientes, nas quais uma etiologia bem definida está ausente²⁵.

Acredita-se que as manifestações clínicas como odor e prurido, principalmente, estejam relacionadas ao estado imunológico dessas adolescentes, já que, muitas vezes, no resultado da microflora não há alteração. Boa parte da resposta está no desconhecimento parcial de como é a composição da microbiota vaginal e do complexo sistema de interações envolvido. Hoje muitos estudos tentam decifrar esse dado, sendo a vulvovaginite/vaginose e a flora vaginal temas discutidos em todo o mundo.

Estudos mais recentes buscam avaliar a microbiota normal e identificar as espécies de lactobacilos, avaliando conforme o potencial de aderência à mucosa vaginal, produção de H₂O₂ e ácido lático, com o propósito de desenvolver um produto para reconstituição da microbiota vaginal, o futuro do tratamento das vulvovaginites e vaginose bacteriana. Embora estes estudos tenham fornecido reflexões sobre a composição dessas comunidades, ainda não definidas completamente, há muitas vezes falta de rigor estatístico, e não fornecem informação su-

ficientemente detalhada. Nos estudos sobre *habitat*, muitos demonstraram as limitações do método de cultivo para avaliar composição da comunidade microbiana¹³.

Na maioria dos casos, isso é porque as populações cultivadas representam uma pequena fração da comunidade existente¹³. Nos últimos anos, independentemente da cultura, métodos baseados na análise do 16S e 18S do gene rRNA sequencial, foram usados para superar muitas dessas limitações. Estas técnicas moleculares constituem a maior parte das poderosas ferramentas atualmente disponíveis para revelar a diversidade filogenética de micro-organismos encontrados nos ecossistemas complexos e são amplamente empregados para explorá-las e entender a dinâmica da comunidade de lactobacilos.

E, embora a estrutura da microflora vaginal varie entre as mulheres, a função das comunidades microbianas acidificação do meio- é aparentemente conservada. Os trabalhos mostram que as mulheres são colonizadas por uma única espécie (ou grupo de estirpes estreitamente relacionadas) de *Lactobacillus* e é rara a coexistência de várias espécies na vagina. Este fato pode ser devido a uma exclusão competitiva entre as espécies de lactobacilos determinada por fatores do próprio microorganismo ou fatores de hospedeiro que influenciam fortemente sobre qual espécie é capaz de colonizar o ambiente^{3,13}. Nesse estudo não se pode concluir a respeito dessa questão já que não foi utilizado método capaz de identificar qual (is) espécies estão presentes na microflora vaginal das adolescentes.

CONCLUSÃO

A microflora vaginal das adolescentes neste estudo foi composta basicamente por bacilos, lactobacilos e cocos. Com a diferença básica entre a frequência desses microorganismos nos dois grupos avaliados. Naquele com paciente sem atividade sexual os bacilos estiveram presentes em 92%, lactobacilos em 68% e cocos 25,8%. Pode-se observar no grupo sexualmente ativo 47%, 50% e 34%, respectivamente.

No grupo sexualmente ativo, 32,1%, apresentou microorganismos potencialmente patogênicos (*Gardnerella*, *cândida* e *Trichomonas*), enquanto que apenas 10,7% das adolescentes sem iniciação da vida sexual apresentaram esse tipo de achado no exame. A flora vaginal avaliada a partir do exame colpocitológico é mais diversificada nas pacientes com atividade sexual. Não houve significância estatística quando se comparou o uso de preservativos e o resultado do exame.

As queixas que motivaram as adolescentes a procurarem o Serviço de Ginecologia da Infância e Adolescência foram queixas vulvovaginais em 42% das pacientes sem atividade sexual e 25% das que têm vida sexual, seguidas por queixas menstruais também mais frequente nas adolescentes sem vida

sexual. As queixas vulvovaginais mais frequentes foram fluxo, odor e prurido vaginal. Sendo o corrimento vaginal, exclusivamente, a queixa com maior frequência nos dois grupos.

A dificuldade para descrever a microflora vaginal em uma população específica faz com que novos estudos sejam necessários, assim como a escassez de trabalhos nessa área que abordem a adolescência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wanderley MS, Magalhães EMS, Trindade ER. Avaliação Clínica e Laboratorial de Crianças e Adolescentes com Queixas Vulvovaginais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2000; 22(3): 147-152.
2. Dembélé T, Obdržálek V, Votava M. Inhibition of bacterial pathogens by lactobacilli. *Zentralbl Bakteriol.* 1998; 288(3):395-401.
3. Brolazo EM, Simões JA, Nader MEF, Tomás MSJ, Gregoracci GB, Marconi C. Prevalência e caracterização das espécies de lactobacilos vaginais em mulheres em idade reprodutiva sem vulvovaginites. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(4):189-95.
4. Pires SM. Vulvovaginite. in: Viana LC, Martins MMF, Geber S. *Ginecologia*, Rio de Janeiro. Ed. Roca, 2001, 2ª Edição, 317-332.
5. Giraldo PCC, Amaral RLG, Gonçalves AK, Vicentini R, Martins CH, Giraldo H, Fachini AM. Influência da frequência de coitos vaginais e da prática de duchas higiênicas sobre o equilíbrio da microbiota vaginal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005; 27(5): 257-62.
6. Campos AC, Freitas-Junior R, Ribeiro LF, Paulinelli RR, Reis C. Prevalence of vulvovaginitis and bacterial vaginosis in patients with koilocytosis. *Med J.* 2008; 126(6):333-6.
7. Halbe HW, Halbe AFP, Ramos LO. A saúde na adolescência: concepção do ginecólogo. In: Halbe HW. *Tratado de Ginecologia*; 3ª Edição. São Paulo: Ed. Roca, 2000; 87-94.
8. Alvarenga RJ. Citologia cervicovaginal. in: Viana LC, Martins MMF, Geber S. *Ginecologia*, Rio de Janeiro, 2001, 2ª Edição, 112-121.
9. Bacarat EC. Avaliação dos Métodos Empregados no Programa Nacional de Combate ao Câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. *Rev. Esc. Enferm. USP*; 44(4). 2010.
10. Anjos SJSB, Vasconcelos CTM, Franco ES, Almeida PC, Pinheiro AKB. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. *Rev. Esc. Enferm. USP*; 44(4). 2010.
11. Martins M, Viana LC, Geber S. Patologias Ginecológicas comuns na infância e na adolescência. in: Viana LC, Martins MMF, Geber S. *Ginecologia*, Rio de Janeiro, 2001, 2ª Edição, 549-559.
12. Ribeiro AA, Oliveira DF, Sampaio MCN, Carneiro MAS, Tavares SBNT, Souza NLA, et al. Agentes microbiológicos em exames citopatológicos: estudo de prevalência. *RBAC.* 2007; 39(3): 179-181.
13. Zhou X, Bent SJ, Schneider MG, Davis CC, Islam MR, Forney LJ. Characterization of vaginal microbial communities in adult healthy using cultivation-independent methods. *Microbiology* 2004, 150, 2565–2573.
14. Eschenbach DA, Patton DL, Hooten TM, Meier AS, Stapleton A, Aura J, et al. Effects of vaginal intercourse with and without a condom on vaginal flora and vaginal epithelium. *J Infect Dis.* 2001;183:913-8.
15. Eschenbach DA, Davick PR, Williams BL, Klebanoff SJ, Smith KY, Critchlow CM e Holmes KK. Prevalence of Hydrogen peroxide-producing lactobacillus species in normal women and women with bacterial vaginosis. *Journal of Clinical Microbiology.* 1989; 27(2); 251-256.
16. Corrêa PR, David PRS, Peres NP, Cunha KC, Almeida MTG. Caracterização fenotípica de leveduras isoladas da mucosa vaginal em mulheres adultas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31(4):177-81.
17. Silva APS, Silva MFD, Barbosa AHD, Alves VO, Freitas EA. Caracterização da flora vaginal em pacientes atendidas no ambulatório do Hospital Municipal de Lagoa Seca – BA.
18. Barbone F, Austin H, Louw WC, Alexander WJ. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity and rates of trichomoniasis, candidiasis and bacterial vaginosis. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163(2):510–4.
19. Jane R. Schwebke, Charity M. Richey and Heidi L. Weiss. Correlation of Behaviors with microbiological changes in vaginal flora. *The Journal of Infectious.* 1999; 180 (5): 1632-1636.
20. Priestley CJF, Jones BM, Dhar J, Goodwin L. What is normal vaginal flora? *Genitourin Med* 1997;73(1):23-28
21. Koumantakis EE, Hassan EA, Deligeogoroglou EK, Creatsas GK. Vulvovaginitis during childhood and adolescence. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 1997; 10 (1):39-43.
22. Maniatis AN, Palermos J, Kantzanou M, Maniatis NA, Christodoulou C, Legakis NJ. *Streptococcus agalactiae*: a vaginal pathogen? *J Med Microbiol.* 1996; 44(3):199-202.
23. Silva MCP, Dimech GS, Silva Filho AJ, Amaral LBC e Gonçalves ES. Avaliação do perfil epidemiológico das pacientes atendidas no núcleo de saúde da UFRPE portadoras de vulvovaginites.
24. Donders GG, Bosmans E, Dekeersmaecker A, Vereecken A, Van Bulck, B, Spitz B. Pathogenesis of abnormal vaginal bacterial flora. *Am J Obstet Gynecol.* 2000; 182(4):872-8.
25. Campos DA, Nogueira A, Magalhães F, et al. Inflammatory smears in cervicovaginal cytology. A finding meaning infection? *Acta Med Port.* 1997; 10:637-41.

CORRESPONDÊNCIA

mariana.calazans@hotmail.com
marciascmachado@uol.com.br

TITULAÇÃO

1. Aluna do 6º ano do curso de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
2. Professora Adjunta de Ginecologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

VULVOVAGINITE NA INFÂNCIA

VULVOVAGINITIS IN CHILDREN

MARIA DE LOURDES CALTABIANO MAGALHÃES¹ E PAULLA VASCONCELOS VALENTE²

RESUMO

O objetivo do estudo foi definir as causas mais comuns, sintomas e características clínicas de vulvovaginites em crianças pré-púberes e avaliar o tratamento, dependendo do agente causador envolvido.

Palavras-Chaves: Criança, pré-puberdade, Vulvovaginite, Infecções. Achados microbiológicos.

ABSTRACT

The aim of the study was to define the most common causes, symptoms and clinical features of vulvovaginitis in prepubertal girls, and to evaluate treatment depending on the causative agent involved.

Keywords: Children, Prepubertal girl, Vulvovaginitis, Infections, Microbiological findings

INTRODUÇÃO

Vulvovaginite é a inflamação dos tecidos vulvares e vaginais. São vários os fatores desencadeantes. Geralmente está associada a corrimento anormal. Pode ser secundária a uma vulvite ou comprometer, desde o início, ambas as mucosas^{1,2,3}.

A inflamação vulvovaginal é a queixa ginecológica mais comum em meninas pré-púberes, sendo responsável por 40 - 85% das consultas às clínicas ginecológicas^{1,2}. Não é uma afecção grave, mas o resultado terapêutico nem sempre é satisfatório.

É causada por agentes infecciosos ou elementos físico-químicos, sendo decorrente de uma alteração da homeostasia bacteriana vaginal.

A vagina da recém-nascida é estéril (pH 5 - 5,7). Nas primeiras horas de vida, ela é colonizada por uma microbiota mista de bactérias não patogênicas. Após 48h, com a secreção de glicogênio induzida pelos hormônios maternos, ocorre a colonização por lactobacilos. Observa-se uma leucorreia fisiológica, que tende a desaparecer até a 6ª semana de vida; geralmente na 3ª ou na 4ª semana^{1,2}.

Em torno de 1 mês de vida, os estrogênios maternos são excretados e cessa a produção de glicogênio, com isso desaparecem os lactobacilos e o pH torna-se alcalino (6 - 7,5). A vagina passa a ser colonizada por uma microbiota mista em equilíbrio: difteróides, estreptococos alfa hemolíticos, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, estafilococos coagulase positivo, entre outros^{1,2,3}.

A presença de fluxo vaginal ou de moléstias na vulva de uma menina é um grande motivo de preocupação para os pais que preveem as mais graves consequências. Tais sintomas são raramente graves, mas podem ser motivo de transtornos por sua persistência.

Na pré-pubere, a frequência relativa dos vários germes da flora vaginal normal é diferente daquela observada em adolescentes e na mulher adulta. Como também, as lesões cervicais, que geralmente são responsáveis por sintomas depois da puberdade, são raras vezes observadas na infância. Por outro lado, a vaginite devido à infecção por micro-organismos inespecíficos, escassamente observada na fase adulta, é o achado mais comum nas meninas.

FATORES PREDISPONENTES

Do ponto de vista fisiológico, anatômico e comportamental, as crianças pré-púberes representam um grupo de risco bastante susceptível para o aparecimento das vulvovaginites.

Os mecanismos de defesa não são totalmente conhecidos na mulher adulta e são deficientes ou nulos na menina. As principais alterações evidenciadas nos mecanismos de defesa da criança são^{1,2,3}:

- desenvolvimento anatômico incompleto, mas fisiológico, das estruturas vulvo – perineais deixa o trato genital inferior mais permeável a agentes agressores; a ausência de pilosidade pubiana, lábios menores e maiores pouco desenvolvidos, pequena abertura himenal obstruindo a saída de conteúdo vaginal na infância inicial.
- proximidade entre o ânus e a vagina favorecendo as infecções ascendentes por contaminação com micro-organismos fecais.
- ausência de mecanismos auto-defensivos da vagina devido a um pH inadequado em consequência da falta de lactobacilos. Por se tornar alcalino, o conteúdo vaginal na infância passa a ser um bom meio de cultura para o crescimento de bactérias patogênicas.
- diminuição ou ausência quase total do muco cervical devido aos baixos níveis hormonais e consequente falta de lisozima, substância que possui uma ação defensiva contra alguns agentes bacterianos, micóticos e parasitários.
- falta dos anticorpos que estarão presentes na adolescência.

Também são fatores predisponentes a diminuição dos mecanismos de defesa locais da menina, pois as infecções podem ser favorecidas por vários fatores sistêmicos ou tópicos. Segundo alguns autores, quase todas as meninas têm, em alguns momentos de sua vida, certo grau de vulvovaginite. Os principais fatores para isso são:

- uso frequente e muitas vezes desnecessário de antibióticos que modificam o ecossistema vaginal, desequilibrando-o.
- infecção dos tratos respiratório, urinário, intestinal, da pele, alergias, transtornos imunológicos, entre outros.
- doenças crônicas como diabetes que favorecem a instalação e manutenção de infecções.
- parasitoses intestinais, sendo a mais frequente as infecções por oxiúrus⁵. O enteróbio não está necessariamente relacionado com precárias condições de higiene. O contato entre crianças nas escolas pode favorecer a transmissão em meninas de classes sócio-econômicas mais elevadas. Outros parasitas do trato digestivo raramente invadem a cavidade vaginal. Entretanto, Huffman⁶ relata que durante uma vaginoscopia, encontrou uma espécie de *Ascaris lumbricoides* enrolada na cúpula vaginal de uma menina.
- malformações do trato urinário e intestinal baixo como, por exemplo, ureter ectópico, fistulas reto-vaginais e reto-perineais.
- incontinência urinária e/ou fecal.
- enurese.

- obesidade.
- desnutrição e avitaminose.
- dietas muito ricas em hidratos de carbono que aumentam os nutrientes dos micro-organismos.
- influências no estado geral como tensão e stress.
- corticóides, quando usados em forma sistêmica, diminuem a resistência às infecções.
- precariedade da higiene genito-anal levando material fecal para a vulva e vagina.
- adultos portadores de infecções e que cuidam de crianças.
- roupa íntima mal lavada, com detergentes ou sabões que poderão atuar como agentes alergênicos.
- uso de roupa íntima de fibras sintéticas que mantêm os genitais úmidos e transformam a vagina em meio de cultura ideal para as infecções.
- irritantes locais como perfumes ou desodorantes vulvares.
- asseio exagerado e duchas vaginais que modificam a flora vaginal.
- masturbação.
- abuso e agressões sexuais.
- corpo estranho na vagina.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A sintomatologia não é característica; a gravidade dos sintomas das vulvovaginites varia consideravelmente e depende do quadro clínico.

O sintoma mais frequente, representando 95% dos motivos de consulta é a leucorréia, com características diversas em sua quantidade, aspecto, cor, odor, e ocasionalmente acompanhada por sangue. O prurido, quando presente, pode ser leve, moderado ou intenso e, às vezes, associado a lacerações vulvares. A queixa de ardor vulvar, principalmente à micção, poderá ocorrer quando há um quadro de vulvite (disúria vulvar). Essa sintomatologia pode induzir o profissional a um diagnóstico errôneo de infecção do trato urinário^{1,2,3}.

O eritema vulvar ou anal, dor à defecação por irritação local, erosões, ulceração, edema, maceração e sinais de infecção secundária são sintomas que algumas vezes estão presentes. Podem-se ter pequenos sangramentos ou genitorragias associados a infecções de qualquer etiologia. Complicações como salpingite e doença inflamatória pélvica não são observadas.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico das vulvovaginites na infância se baseia fundamentalmente na anamnese, exame físico e exames complementares⁷.

O clínico deve fazer uma abordagem racional, paciente e interessada ao deparar-se com um quadro de vulvovaginite porque a presença de infecção genital e as implicações de uma possível relação com o exercício sexual podem ser muito significativas para a paciente e seu responsável. Durante a anamnese inicial, as perguntas devem ser pertinentes e em termos adequados à faixa etária da paciente. Esta, quando abordada, fornece-nos quase todos os dados corretamente, sem omissões, o que nos ajuda muito na hipótese diagnóstica. Conquistar a confiança da criança e ocupar sua atenção com conversa interessante e não ameaçadora proporciona grande ajuda, minimizando a possibilidade de fracasso na entrevista. É muito importante investigar se a menina já fez uso de alguma medicação e há quanto tempo a sintomatologia apareceu. Deve-se também pensar na possibilidade de outros motivos para a consulta, como, por exemplo, abuso sexual, DST e neoplasias. Se a história é de fluxo sanguinolento e fétido, a hipótese de corpo estranho ou tumor necrótico (raro) não pode ser esquecida, bem como a presença de fluxo sanguinolento e inodoro pode caracterizar irritação ou traumatismo vulvar ou até uma puberdade precoce. Durante a anamnese, é fundamental orientar quanto à higiene vulvoperineal e dependendo da idade, preparar a menina para a menarca^{8,9,10}.

Após conquista da confiança da pequena paciente e dos que a acompanham, realizam-se o exame físico completo e, posteriormente, o ginecológico.

À inspeção vulvar, observam-se alterações na coloração, presença ou não de corrimento e suas características, edema, escoriações, ulceração, malformações, aspecto do clitóris, do hímen, das ninfas e do ânus. Devem-se observar também as condições de higiene, a presença de detritos e/ou fezes no interior dos sulcos interlabiais.

Para se ter o diagnóstico preciso da causa da vulvovaginite, deve-se realizar a coleta do conteúdo vaginal. São descritos vários métodos atraumáticos que podem ser utilizados em meninas pré-púberes e a escolha depende da experiência do profissional. É importante que a coleta do material não seja realizada no intróito vaginal porque poderia ocorrer contaminação com micro-organismos gram positivos, componentes da flora da pele circunvizinha.

Deve-se efetuar o exame microscópico do conteúdo vaginal para pesquisa de bactérias, fungos, hemácias, ovos de parasitas, tricomonas, leucócitos, bem como para avaliação do efeito estrogênico sobre o epitélio escamoso vaginal. A cultura do conteúdo vaginal, a não serem as específicas, não está indicada, pois não acrescentará informações clínicas úteis¹¹.

O estudo microbiológico através de métodos simples e de baixo custo, como o exame a fresco do conteúdo vaginal e

a bacterioscopia por Gram pode ser esclarecedor na grande maioria dos casos. Assim, estudos utilizando tais métodos observaram em pré-pubescentes com queixa de corrimento vaginal que, em 22% dos casos, o quadro é normal e os morfotipos de patógenos mais observados em quadros específicos são *Candida sp* (em cerca de 10%), *Gardnerella vaginalis* (em cerca de 5%) e *Mobiluncus sp* (em cerca de 2%)¹¹.

A vaginoscopia não está indicada na maioria dos casos, exceto em determinadas situações: sangramento vaginal, suspeita de corpo estranho, tumor, anomalia congênita, trauma vaginal, vulvovaginite recorrente e exposição a DES *in útero*.

Parasitológico de fezes para pesquisa de oxiúros e sumário de urina faz parte da rotina de investigação⁵.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Deve ser realizado com as seguintes patologias: vulvite seborréica, psoríase vulvar, dermatite atópica, dermatite de contato, líquen escleroso, líquen simples crônico (neurodermatite), líquen plano, condiloma acuminado, molusco contagioso, escabiose, impetigo, malassezia furfur, vírus herpes simples (HSV) e vitiligo⁷.

TRATAMENTO

Depende do processo etiológico e é o mesmo, independentemente da faixa etária. As patologias mais frequentes são: vulvovaginites causadas por *Cândida* e *Tricomonas* e a vaginose bacteriana¹¹.

Na infância temos as vulvovaginites classificadas como “**inespecíficas**” que praticamente não são encontradas nas outras faixas etárias. São responsáveis por 70% dos casos de vulvovaginites pediátricas. A reação inflamatória é a resposta defensiva do hospedeiro à agressão de diferentes micro-organismos (*Estafilococos*, *Estreptococos*, *Proteus vulgaris*, *E. coli*), produtos químicos (sabonetes, talcos, desodorantes, entre outros) ou físicos (roupas íntimas de material sintético, tampões vaginais, etc.) ou imunológicos (imunodepressão, tratamento oncológico). Na maioria dos casos (68%), estão presentes as bactérias fecais, sendo a *E. coli* a mais encontrada^{1,2}.

Os fatores predisponentes associados à conformação anatômica própria da infância facilitam o desenvolvimento de infecção por germes “banais”. As vulvovaginites inespecíficas podem frequentemente associar-se às doenças sexualmente transmissíveis e afetarem simultaneamente vários locais do aparelho genitourinário.

Os sintomas mais frequentes são: fluxo vaginal anormal, cujo aspecto dependerá do agente etiológico; prurido genital e/ou anal; hiperemia, edema vulvar e escoriações; lesões hiperqueratósicas na vulva; úlceras vulvares e vesículas (herpéticas);

lesões condilomatosas na vulva; despigmentação parcial ou total da pele da vulva; sintomas urinários.

Quando as vulvovaginites são causadas por Enteróbios vermiculares, a paciente apresenta prurido anal que pode ser acompanhado de sono intranquilo e “choros ou gritos” súbitos durante a noite. Em muitos casos, a má higiene está presente e estudos mostram que 8% a 20% das meninas com enterobiase se encontram na idade escolar. A enterobiase é causada pelo *Enterobius vermicularis*, um verme que, quando adulto, habita a região cecal do intestino grosso e suas imediações, podendo migrar para outras regiões. Após a cópula, as fêmeas seguem do cólon para a região perianal durante a noite, onde liberam seus ovos. O transporte desse verme para a vagina da criança é facilitado pela proximidade entre ânus e vagina e pelo prurido perianal ocasionado pelo enterobius. A reação alérgica ao verme e a inflamação devido às bactérias providas do intestino e carregadas pelo enterobius podem ser causa de vulvovaginite recorrente^{1,2,3,5}.

Em aproximadamente 5% dos casos de vulvovaginites estão presentes corpos estranhos endovaginais, que podem ser introduzidos na vagina de forma casual, iatrogênica ou intencional, pela própria menina ou por outras pessoas, nas brincadeiras infantis ou com finalidade de agressão ou abuso sexual. O conteúdo vaginal nesses casos é geralmente hemopurulento e de odor fétido devido às erosões vaginais e infecção secundária^{1,2,3,5}.

Kocher et al. sugeriram que algumas vulvovaginites de causa desconhecida poderiam ser causadas por vírus. O tratamento é semelhante ao indicado para os processos inflamatórios causados pela má higiene perineal, mas as bactérias geralmente são mais resistentes ao tratamento do que em outras variedades de vulvovaginites¹¹.

VULVOVAGINITES INESPECÍFICAS

É possível fazer o diagnóstico com a ajuda da clínica e de exames laboratoriais, que nos mostrarão o grau de inflamação para se poder indicar um adequado tratamento. Deve-se realizar a coleta do conteúdo vaginal para estudo da citologia oncológica (Papanicolau), exame a fresco, Gram e cultura, quando necessária¹².

Como a principal causa de vulvovaginite inespecífica é a má higiene perineal, o maior alvo do tratamento é a orientação para a sua melhora. Indicam-se medidas higiênicas como o uso de sabonetes neutros e banhos de assento com soluções adstringentes ou anti-inflamatórias e/ou anti-sépticas. Aconselha-se evitar o uso de produtos químicos irritativos e de roupas íntimas de material sintético. Em lactentes e crianças pequenas, além da higiene precária observamos o uso de

fraldas de material sintético que devem ser evitadas. Nas recém-natas, o asseio será realizado todas as vezes que a fralda for trocada, somente com água morna e algodão. As meninas devem usar calcinhas de algodão ou malha de algodão que têm a vantagem de absorver a umidade e de não conter substâncias corantes nem materiais sintéticos capazes de irritar a pele. Dependendo da intensidade do quadro e do prurido, indicamos cremes com antibiótico ou corticóide, para diminuir a sintomatologia e a inflamação^{1,2}.

Nos casos de vulvites agudas eritematosas ou exsudativas, utiliza-se como primeira medida, compressas úmidas frias, se possível com anti-sépticos. Após o alívio da sintomatologia aguda, pode-se indicar creme endovaginal e/ou apenas vulvar, com anti-inflamatório e/ou corticóide.

Huffman refere que 80% das crianças tratadas por vulvovaginite inespecífica ficam assintomáticas por vários meses, quando a boa higiene perineal é mantida⁶. Antibioticoterapia sistêmica via oral ou parenteral só deve ser utilizada quando um agente específico é identificado ou há infecção urinária associada.

Se o agente for o oxiúrus, todos os membros da família devem ser submetidos a tratamento⁵. Outros parasitas intestinais como *Giardia lamblia* e *B. hominis*, se presentes, necessitam também ser tratados concomitantemente.

Quando a causa da enfermidade é um corpo estranho, este deve ser removido da vagina o mais rápido possível, com cuidado e delicadeza e concomitantemente tratar o processo inflamatório.

A inoculação hematogênica da vulva e da vagina por germes causadores de infecção localizada em outro ponto do organismo e a transmissão através de mãos contaminadas são outras causas de vulvovaginites em crianças. História de infecção, comprometendo as vias aéreas superiores, pele, trato urinário ou gastrointestinal ou outros locais, pode estar presente. O tratamento depende da definição da fonte primária de infecção, obtendo-se os resultados de culturas e determinando-se o tratamento indicado. A antibioticoterapia prescrita para a infecção primária tende a curar também a infecção vaginal. Uma boa higiene perineal e banhos de assento, como antes descrito, são importantes para proporcionar o alívio dos sintomas e evitar a recorrência. O tratamento local com antimicrobianos deve ser iniciado nos casos em que o exame bacterioscópico não demonstrar trichomonas ou fungos. Indicar aplicação endovaginal de creme ginecológico; realizar de maneira cuidadosa para não traumatizar a criança, com material adequado e por pessoas habilitadas. Pode ser utilizado cremes à base de sulfonamidas ou tetraciclina e anfotericina B que são particularmente efetivos nesses casos. Quando o tratamento não é realizado corretamente, pode ocorrer uma melhora do

processo inflamatório e logo que a medicação é suspensa, a sintomatologia aparece novamente^{4,6,7}.

VAGINOSE BACTERIANA

É a causa mais comum de corrimento durante a idade reprodutiva e não muito frequente nas meninas. O crescimento excessivo da flora bacteriana vaginal anaeróbia altera a predominância normal dos lactobacilos e resulta em vaginose bacteriana, que é responsável por aproximadamente 1/3 de todas as vulvovaginites em mulheres. O pH ideal para a sua sobrevivência é de 5 a 5,5 não coincidindo com o da menina que é de 6 a 7,5^{13,14}.

Quanto à forma de transmissão, afirmava-se que o contágio aconteceria de forma direta e a transmissão na infância (menores de 10 anos) poderia ocorrer através de toalhas úmidas, sem deixar de pensar na violência sexual. Atualmente, muitos trabalhos têm mostrado que não há um contágio, mas uma colonização cujo desequilíbrio se daria provavelmente por um parasitismo de fagos na população bacteriana aeróbia. O CDC – Atlanta no seu último protocolo não mais considera a possibilidade de transmissão, principalmente sexual. A vaginose bacteriana, nas pré-pubescentes, pode estar associada à queixa de corrimento em cerca de 5% dos casos e de prurido em torno de 3% das vezes. O tratamento é idêntico ao da infecção por *Trichomonas vaginalis*, visto logo abaixo^{1,2,3,13,14}.

CANDIDÍASE VAGINAL

É o micro-organismo encontrado com maior frequência nas infecções da infância, na pré-menarca e pós-menarca, como único agente causal ou como etiologia mista. As leveduras são fungos constituintes da microbiota vaginal, mas em algumas mulheres e em circunstâncias ainda obscuras, a população de *Candida sp* aumenta e provoca uma vaginite intensa, com uma descarga vaginal caseosa, que pode ser acompanhada por uretrite e disúria, simulando, em muitos casos, uma infecção do trato urinário. A *Candida sp* é responsável por 20 a 25% dos corrimentos genitais de natureza infecciosa. Na maioria das vezes, entre 60% e 70%, a espécie *C. albicans* é a responsável por estes quadros. Contudo, nos restantes dos casos, outras espécies de Cândida (*C. glabrata*, *C. krusei*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, entre outras) ou outros fungos podem produzir idênticas manifestações clínicas^{1,2,3,4,6}.

Ainda não existem estatísticas da sua incidência na infância. Na grande maioria dos casos, a doença se desenvolve em recém-nascidas e crianças com poucos meses de idade, já que durante essa época o meio vaginal contém glicogênio, o seu pH é baixo e a vagina é mais estrogênica.

O alto teor de glicogênio encontrado nas células epiteliais vaginais, a antibioticoterapia, o diabetes, os imunossuppressores e o tipo de vestimenta íntima são condições predisponentes ao aparecimento dessa patologia.

À inspeção vulvar, observa-se hiperemia difusa, que pode se estender para a região perineal ou face interna das coxas. Podemos observar também edema vulvar, hiperemia vaginal e, às vezes, placas esbranquiçadas na parede vaginal e que se despreendem com facilidade. O aspecto da vulva se assemelha ao do líquen escleroso; deve-se fazer o diagnóstico diferencial.

O diagnóstico se faz principalmente através de exame a fresco, citologia, Gram. A cultura (Sabouraud) só estará indicada quando os métodos anteriores não demonstrarem a presença de micélios e a clínica é indicativa de infecção micótica ou nos casos de candidíase vulvovaginal recorrente para identificação da espécie e de sua capacidade de resistência à terapia.

Quanto ao tratamento, os fatores predisponentes devem ser avaliados e, a paciente orientada.

O tratamento da vulvovaginite por Cándida em crianças está limitado pela dificuldade de administração do creme tópico intravaginal. As opções terapêuticas incluem diversos antimicóticos tais como nistatina, cetoconazol, miconazol, clotrimazol, itraconazol e o fluconazol. A medicação por via oral está indicada para eliminar a infecção gastrointestinal que é considerada o “reservatório dos fungos”. Para pacientes maiores de 10 anos e com o peso acima de 40 kg pode ser prescrito fluconazol oral, 01 cápsula de 150 mg em dose única, repetindo-se somente em casos de recidiva. Em meninas menores de 10 anos, pode-se prescrever fluconazol 3 a 6 mg/kg de peso em 01 cápsula de 50 mg diária ou 01 cápsula de 12 em 12 horas. Com essas doses se produz melhora em cerca de 90% dos casos. Em geral, associa-se a terapia oral com o tratamento tópico ou endovaginal, com cremes antimicóticos, que devem ser aplicados pela “sonda- seringa”. A aplicação do creme deverá ser realizada por um profissional experiente ou pela mãe, quando orientada, para não traumatizar a criança, pois é um método atraumático, indolor, rápido e de fácil aplicação^{10,11,13}.

Vários autores indicam, principalmente nessa faixa etária, violeta de genciana, mas nós não compartilhamos dessa conduta. Um complemento à medicação e que alivia muito a sintomatologia externa é o asseio da região genital com solução alcalinizante de bicarbonato de sódio (4g em 240 ml de água filtrada e/ou fervida em temperatura natural). A associação de cremes antimicóticos combinados com corticóide é indicada por alguns autores, para aplicação vulvar, quando os sintomas e sinais são muito severos.

Em casos recorrentes pode-se instituir a terapia preventiva prolongada, semanal ou mensal.

TRICOMONÍASE VAGINAL

Quando procuramos na literatura a tricomoníase na infância, a resposta é sempre a mesma: - é uma infecção inexistente ou pouco comum em meninas, pois é um parasita que prefere um ambiente estrogenizado para seu desenvolvimento. Mas pode ser encontrado em neonatas (infectadas no canal de parto), meninas que sofreram abuso sexual, quando familiares estão contaminados e em pacientes durante a pré-menarca. Entretanto na tese de Livre Docência de Moreira¹⁵, um estudo realizado em 8081 pacientes menores de 12 anos, verifica-se que 80,7% (6524) eram portadoras de vulvovaginites e destas, 6,8% (442) apresentavam tricomoníase vulvovaginal, mostrando assim que a patologia não é tão rara nessa faixa etária. O *trichomonas* é ativamente móvel no conteúdo vaginal, em solução salina e em ambientes com temperatura de 39°C e pH entre 4,8 e 7,6.² Pode sobreviver em ambiente extragenital (como assento de vaso sanitário), por até 45 minutos, no esperma por cerca de 6 horas e nas vestes úmidas de infectados por até 24 horas.

Apesar do habitat natural ser a vagina, o *trichomonas* pode ser encontrado ocasionalmente na uretra, bexiga, canal endocervical, glândulas de Skene e glândulas de Bartholin.

O quadro clínico varia de acordo com a intensidade do processo, seja ele agudo crônico ou até assintomático.

Ao exame ginecológico, a inspeção nos mostra lesões dermatológicas na região vulvo – perineal e adjacências. Edema e congestão vestibular, com exsudado espumoso, são comuns nos casos agudos; se ocorrer pequenas perdas sanguíneas, pode-se realizar a colpovirgoscopia que evidenciará uma mucosa vaginal inflamada e com petéquias.

Para a identificação do parasita, o método de eleição é o exame direto a fresco. O conteúdo vaginal será diluído em solução salina a 0,09% e poderá se observar a mobilidade do *Trichomonas vaginalis*. O material deve ser examinado imediatamente após sua retirada da vagina, uma vez que a demora no exame imobiliza o protozoário.

As culturas são muito sensíveis (Diamond e/ou de Kupferberg), mas raramente são utilizadas. Diferentemente da vaginose bacteriana, podem estar presentes lactobacilos. O *trichomonas* também é detectado no exame de Papanicolau, mas pode ocorrer uma alta incidência de falsos positivos.

Quanto ao tratamento para as recém nascidas, a dose recomendada é: metronidazol 5 mg / kg a cada 8 horas por via oral durante 05 dias³. Piato preconiza em meninas de 01 a 05 anos, 5 mg / kg de 12 em 12 horas e nas de 05 a 10 anos de 8 em 8 horas ou se preferir, dose única de 01g. Quando a idade situa-se entre 08 e 12 anos, pode-se prescrever comprimidos na dose de 125 mg a cada 12 horas, durante 10 dias, aumen-

tado essa dose para 2g por dia em dose única, após os 12 anos. O tratamento local concomitante está indicado com aplicação endovaginal de creme com metronidazol.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Magalhães MLC; Eleutério Júnior J; Furtado FM. Vulvovaginites. In: Reis JTL. Ginecologia infanto-juvenil: Diagnóstico e Tratamento. 1a. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2007. cap. 8, p. 68-72.
- Magalhães MLC; Barros GGC; Ribeiro MTFQ. Vulvovagite na Infância. In: Valente, PV; Medeiros FC; Pinheiro SP. Ginecologia Baseada em Problemas. 1a. ed. Fortaleza: Gráfica e Editora LCR, 2011. Cap. 9, p. 85-9.
- Behrman RE; Kliegman RM; Jenson HB. Vulvovaginite. In: Nelson: Tratado de Pediatria. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 557, p. 1635-1638.
- Giribela AHG et al. Vulvovaginite na infância e puberdade. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 151-156, jul./ago. 2005.
- Fontoura ARH. Enterobius vermiculares: uma importante causa de vulvovaginites na infância. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 27, n. 2, p. 277- 286, jul./dez. 2003.
- Huffman JW, Dewhurst CJ, Capraro VJ. Premenarchial Vulvovaginitis In: *The Gynecology of Childhood and Adolescence*. W.B.Saunders Company, Philadelphia, 1981. cap 6 . p. 121 – 40 .
- Hillard PJA. Doenças benignas do aparelho reprodutivo feminino. In: Berek, JS. Berek & Novak: tratado de ginecologia. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. cap. 14, p. 333-336.
- Rehme MFB; Berezowski G; Fonseca FV. Vulvovaginites na Infância. *Femina Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 131-133, abr. 2001.
- Rau FJ, Muran D. Vulvovaginitis in children and adolescents. In: Sanfilippo J S, Muram D, Dewhurst J, Lee PA. *Pediatric and Adolescent Gynecology*; W.B. Saunders Company. Philadelphia, 2001. chapter 13.p199-215.
- La Cruz BS; Ginecologia Infanto-Juvenil; Ed. Ateproca, Caracas,1997. – Infecciones bacterianas, micóticas y parasitarias. In: Zeiguer N J, Zeiguer B K; Vulva, Agina y Cuello - Infancia y Adolescencia - Atlas color - Casos clinicos; Editora Medica Panamericana, Benos Aires, 1996. ;cap3 . p. 65 – 124.
- Kotcher E, Keller K, Gray LA. A microbiological study of pediatric vaginitis. *J Pediatr.*, 53: 219, 1958.
- Eleutério-Jr J & Eleutério RMN. Vaginites na infância: valor do estudo do esfregaço vaginal por Papanicolaou e por Gram usando o escore de Nugent. *Newslab* 2006;74:124-30.
- Zeiguer N, Gryngarten M, Pacheco B P. Infecciones genitales en la Recien nacida y en la infancia - in *Manual de Ginecologia Infanto - Juvenil - Sociedad Argentina de Ginecologia Infanto Juvenil*; Edditorial Ascune Hnos, Buenos Aires - Argentina,1994. pág, 231-246. cap 16
- Eleutério-Jr J. Vaginose bacteriana: e a falta de infiltrado inflamatório vaginal um fator importante? *Rev Bras Anal Clin* 2005;37:219-21.
- Moreira AJ; Tricomoníase Vulvovaginal na Infância, Tese de livre docência da disciplina de Ginecologia da faculdade de medicina da Universida Federal Fluminense, Niterói - Rio de Janeiro, 1976.

CORRESPONDÊNCIA

mariadelourdes@uol.com.br

TITULAÇÃO

- Mestre pelo Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Professora do Curso de Medicina da Unichristus, Fortaleza-Ceará. Delegada da SOGIA-BR no Ceará.
- Mestre em tocoginecologia pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Unichristus-Ceará.

ÚLCERAS GENITAIS COMO O PRIMEIRO SINAL DE DOENÇA DE BEHÇET EM MENINA DE 11 ANOS

GENITAL ULCERS AS A FIRST SIGN OF BEHÇET'S DISEASE IN A 11 YEARS OLD GIRL

GIOVANA MAFFAZIOLI¹, LICIENE JARMOLA¹, ROVIANA JESKE¹, LILIANE HERTER²

RESUMO

Úlceras vulvares em meninas não sexualmente ativas são incomuns e, quando presentes, estão relacionadas a várias etiologias. O objetivo deste estudo é descrever um caso de úlcera vulvar manifestando-se com primeiro sinal de Doença de Behçet. Os autores apresentam também os possíveis diagnósticos diferenciais para ulcerações genitais em crianças e adolescentes.

Palavras chaves: Úlceras vulvares, Doença de Behçet, aftose vulvar

ABSTRACT

Vulvar ulcers in sexually naive girls are uncommon and, when present, are related with a number of etiologies. The aim of this study is to report a clinical case of vulvar ulcer as the first manifestation of Behçet's Disease. The authors also review some of the possible differential diagnosis for genital ulcerations in children and adolescents.

Keywords: Behçet's disease, Vulvar Ulcers in Young Females.

INTRODUÇÃO

A doença de Behçet é uma vasculite sistêmica crônica e recidivante de origem desconhecida. Úlceras orais recorrentes e várias outras manifestações sistêmicas incluindo achados cutâneos, genitais, oculares, cardíacos, gastrointestinais e neurológicos caracterizam a doença¹. Não existe nenhum teste laboratorial patognomônico dessa entidade. O diagnóstico, portanto, é baseado em achados clínicos.

Novos critérios internacionais foram publicados em 1990² e requerem a presença de úlceras orais recorrentes acompanhadas de outros dois dos seguintes sintomas: úlceras genitais, lesões oculares (uveíte ou vasculite da retina), lesões cutâneas (pseudofoliculite, nódulos acneiformes, eritema nodoso) e teste de patergia positivo. (Quadro 1) O teste de patergia positivo é o aparecimento de uma pápula eritematosa ou pústula 24 a 48 horas após uma picada na pele por uma agulha de 20 gauge.

Quadro 1 – Critérios diagnósticos de doença de Behçet. (International Study Group for Behçet's Disease, 1990)²

- Úlceras orais recorrentes e 2 dos seguintes achados:
 - úlceras genitais;
 - lesões oculares (uveíte ou vasculite da retina);
 - lesões cutâneas (pseudofoliculite, nódulos acneiformes, eritema nodoso);
 - teste de Patergia positivo.

Não é comum a doença de Behçet ser diagnosticada em crianças e adolescentes, sendo 30 anos a idade média do diagnóstico³. Úlceras orais é usualmente o sinal mais precoce da doença de Behçet e podem preceder o estabelecimento de outros sintomas sistêmicos por muitos anos.

OBJETIVO

Relatar um caso de uma menina pós-menarca de 11 anos que se apresentou inicialmente com úlceras vaginais recorrentes.

RELATO DO CASO

Criança de 11 anos consultou com história de úlceras vaginais recorrentes pouco dolorosas, de remissão espontânea e início há seis meses. Cada episódio durava aproximadamente dez dias. No momento da consulta, estava no seu terceiro episódio. Negava febre e lesões orais ou em outras regiões do corpo. Relatava artralgiás eventuais. A avaliação oftalmológica prévia foi normal. Negava contato sexual. Sua história médica progressiva incluía o diagnóstico de hipotireoidismo aos oito anos e um episódio de púrpura trombocitopênica aos quatro anos.

No exame físico, havia duas lesões ulceradas de bordos irregulares com exudato fibrinoso: uma localizada na região interna do grande lábio direito; a outra, na região perineal à esquerda (Fig.1).



Figura 1 – Aspecto clínico das úlceras genitais apresentadas pela paciente.

Foram realizadas sorologias para Herpes vírus I e II, sífilis, HIV, toxoplasmose, citomegalovirus (CMV) e Epstein Baar vírus (EBV). Os níveis de IgM foram negativos para todos exames, e a IgG para CMV e EBV foi positiva. Hemograma completo, VSG, proteína C reativa e FAN encontravam-se dentro da normalidade. Exame Bacterioscópico das lesões foi negativo e a biópsia mostrou dermatose neutrofílica ulcerada, com vasculite neutrofílica, sugestiva de doença de Behçet. O teste da patergia não foi realizado.

Onze meses após o início dos episódios de úlceras genitais, a paciente apresentou nodulação eritematosa palpável na porção medial do joelho esquerdo, que desapareceu um mês após seu surgimento. Episódios de úlceras orais recorrentes iniciaram um ano após o primeiro quadro das lesões vulvares.

O diagnóstico de doença de Behçet foi então confirmado por um reumatologista pediátrico baseado nos critérios do International Study Group for Behçet Disease².

A paciente foi inicialmente tratada com diprogenta tópica com pobre alívio dos sintomas. Posteriormente, foi utilizado dapsona tópica e colchicina, mas a paciente seguiu apresentando recidiva das lesões vulvares e orais. Por esse motivo, foi trocada a medicação para dapsona 50mg (ação antineutrofílica) por via oral, a qual está sendo usada há 6 meses e a paciente apresentou boa resposta clínica.

DISCUSSÃO

Este caso descreve úlceras genitais como a primeira manifestação de doença de Behçet.

Entre outros diagnósticos diferenciais, sempre é importante afastar abuso sexual⁴. Segundo o Ministério da Saúde, o herpes vírus tipos 1 e 2 é o principal agente causador de úlceras sexualmente transmissíveis seguido pela sífilis e pelo cancro mole⁵.

A infecção aguda pelo HIV foi associada a uma série de sinais e sintomas dentre os quais febre, linfadenopatia, faringite, *rash* cutâneo, mialgia e cefaléia são os mais comuns. A presença de úlceras muco-cutâneas, geralmente dolorosas, únicas e de duração prolongada também pode fazer parte do quadro clínico⁶. Tais lesões estão geralmente limitadas ao sítio envolvido na atividade sexual no momento da transmissão.

Excluindo-se causas mais frequentes por contato sexual, a possibilidade de outras causas virais como infecção por Epstein-Barr e Citomegalovírus também devem ser consideradas⁴. Geralmente estes vírus se espalham por contato íntimo, apresentam alta infectividade, manifestando-se como um quadro de febre, faringite tonsilar, fadiga e linfadenopatias⁷. Outros sintomas como esplenomegalia, sudorese, anorexia, cefaléia e artralgias também podem estar associados. Mais raramente, tais infecções podem manifestar-se com um quadro de úlceras genitais e/ou orais dolorosas com base eritematosa de início abrupto, mesmo antes do surgimento de quaisquer sintomas sistêmicos⁸.

Entretanto, em 1913, Lipshutz encontrou úlceras vulvares em adolescentes sem uma etiologia infecciosa⁹. Na maioria dos casos, os sintomas que acompanham as úlceras foram inespecíficos: febre, mal-estar, fadiga, cefaléia e sintomas gastrointestinais ou respiratórios. A biópsia dessas lesões geralmente identifica extensa necrose tecidual aguda, com pouca inflamação associada e sem evidência de vasculite. Mais recentemente, essa mesmas úlceras sem etiologia infecciosa, mas provavelmente precipitada por stress a várias agressões, incluindo EBV e outras infecções, foram denominadas de aftose¹⁰, a semelhança das aftose oral. As lesões aftóides foram inicialmente descritas na cavidade oral e podem ser recorrentes ou não. As recorrentes são classificadas em três tipos: menor, maior e herpetiforme.

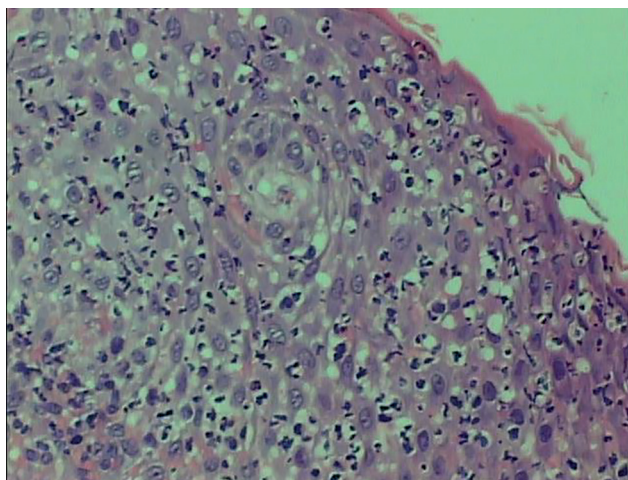


Figura 2 – Biópsia das lesões demonstrando dermatose neutrofilica ulcerada, com vasculite neutrofilica, sugestiva de Doença de Behçet.

Geralmente, a lesão de Estomatite Aftosa Recorrente Menor, a mais comum dentre os três tipos, tem dimensão menor que 10 mm e duração entre 10 e 14 dias. Essas aftas, presentes comumente na mucosa não-queratinizada, de forma única ou múltipla, dolorosas, arredondadas, com bordas regulares avermelhadas e uma base de coloração cinza-amarelada. As lesões do tipo maior são incomuns, no entanto, são as mais severas, com duração de semanas ou meses, resultando comumente em cicatrizes. São ovais e podem até mesmo exceder um cm de diâmetro, acometendo principalmente lábios e palato mole. A forma herpetiforme é a menos comum delas. É caracterizada pela presença de aftas múltiplas e pequenas (1-2 mm) que coalescem, formando úlceras maiores¹¹.

O estudo histopatológico das lesões também nos auxilia a diferenciar das dermatoses neutrofilicas (doença de Behçet, síndrome de Sweet, pioderma gangrenoso). Nestas, há a presença de infiltrado inflamatório intenso na epiderme ou derme composto primariamente por neutrófilos e sem evidência de infecção. Com exceção da doença de Behçet, o achado de vasculite é infrequente nestas desordens.

A doença de Crohn também pode se apresentar com ulcerações ou fistulas vulvares, que usualmente associam-se aos sintomas gastrointestinais¹⁰. O estudo anatomopatológico dessas lesões demonstra granulomas não caseosos, o que ajuda na diferenciação diagnóstica.

Alguns medicamentos também podem, eventualmente, ser causa de ulcerações genitais. Nestes casos, as úlceras são recorrentes, fixadas na mesma localização e surgem cada vez que a medicação é ingerida⁴. Sintomas prodrômicos leves frequentemente acompanham as ulcerações genitais ou a própria doença que motivou a ingestão da droga. Dentre as medicações que podem cursar com o aparecimento de úlceras genitais estão os antiinflamatórios não esteroides, metronidazol, acetaminofeno, sulfonamidas, tetraciclina, fenitoína, contraceptivos orais, barbitúricos e fenofaleína.

A Doença de Behçet é, portanto, apenas mais um dos raros diagnósticos que devem ser considerados quando uma criança apresenta-se com úlceras genitais. O aparecimento de úlceras genitais como primeira manifestação desta doença torna esse caso ainda mais singular.

CONCLUSÕES

Ulcerações genitais em crianças e adolescentes são infrequentes e apresentam várias etiologias as quais estão resumidas na Tabela 1. A etiologia pode ser infecciosa ou não. Ulcerações recidivantes com vasculite neutrofilica podem sugerir a possibilidade da Doença de Behçet, a qual deve ser confirmada com a avaliação clínica e laboratorial necessárias.

Tabela 1 – Diagnóstico diferencial de úlceras vulvares em meninas

Doença	Manifestações clínicas	Testes diagnósticos
HERPES VÍRUS	<ul style="list-style-type: none"> • Uma ou mais vesículas dolorosas agrupadas com base eritematosa • Podem se abrir formando ulcerações superficiais em 10-14 dias • Adenopatia e febre podem estar associadas 	<ul style="list-style-type: none"> • IgG e IgM para Herpes (valor limitado na infecção aguda) • Cultura viral (pouco sensível) • Imunofluorescência direta (swab da base da vesícula ou úlcera) • PCR (padrão-ouro, alto custo) • Citologia com células gigantes multinucleadas
SÍFILIS	<ul style="list-style-type: none"> • Classicamente uma úlcera única, endurecida, bem circunscrita e indolor com adenopatia indolor 	<ul style="list-style-type: none"> • VDRL (Se positivo, confirmar com FTAbs ou TPHA) • Pesquisa direta nas lesões com Microscopia de campo escuro ou fluorescência direta do anticorpo
HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Ulcerações rasas e bem demarcadas, geralmente dolorosas e únicas • Associadas ao sítio de atividade sexual no momento da transmissão • Tempo de exposição ao HIV e tempo de aparecimento das úlceras: 2-4 semanas • Pode associar-se a linfadenopatia, rash, faringite e mialgia 	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-HIV • Anatomopatológico não específico: epiderme geralmente normal e derme com infiltrado linfocítico esparso normalmente circundando vasos
EPSTEIN BAAR VÍRUS	<ul style="list-style-type: none"> • Uma ou mais úlceras dolorosas, profundas com bordos eritematosos irregulares e base limpa • Pode estar associada à febre, faringite, fadiga e artralgias 	<ul style="list-style-type: none"> • IgM para EBV • Linfócitos atípicos no sangue periférico • Monoteste positivo
CITOMEGALOVÍRUS	<ul style="list-style-type: none"> • Uma ou mais úlceras dolorosas, profundas, com bordos eritematosos irregulares e base limpa • Síndrome “mononucleose-like” 	<ul style="list-style-type: none"> • IgM para CMV
AFTOSE MENOR	<ul style="list-style-type: none"> • Ulcerações únicas ou múltiplas, rasas, bordos bem demarcados frequentemente eritematosos e elevados • Exsudato acinzentado pode estar presente • Úlceras <5-10mm com cura entre 7-10 dias 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de exclusão • Histopatológico: extensa necrose tecidual aguda, com pouca inflamação associada
AFTOSE MAIOR	<ul style="list-style-type: none"> • Mesmas características clínicas que a aftose menor, porém tamanho das úlceras é > 10mm com tempo de cura > 10 dias 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de exclusão • Histopatológico: extensa necrose tecidual aguda, com pouca inflamação associada
DOENÇA DE BEHÇET	<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras orais recorrentes e mais dois dos seguintes achados: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Úlceras genitais recorrentes (aparência semelhante à aftose) ▪ Lesões oculares (uveíte e/ou vasculite de retina) ▪ Lesões cutâneas (eritema nodoso, pápulas, pústulas ou pseudofoliculite) ▪ Teste de patergia positivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico (critérios do International Study Group for Behçet’s Disease – 1990) • Histopatológico das úlceras: dermatose neutrofílica ulcerada frequentemente com vasculite neutrofílica
DOENÇA DE CHRON	<ul style="list-style-type: none"> • Ulcerações nos tratos sinusais • Envolvimento intestinal • Ulceração ou fistulas vulvar 	<ul style="list-style-type: none"> • Histopatológico: granuloma não caseoso crônico
ÚLCERAS MEDICAMENTOSAS	<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras recorrentes fixas nas mesmas localizações • Aparecem cada vez que a medicação é ingerida 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico (surgimento da úlcera com o uso da medicação) • AINES, metronidazol, acetaminofeno, sulfonamidas, tetraciclina, ACO, fenitoína, barbitúricos e fenofltaína

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yurdakul S, Hamuryudan V, Yazici H: Behçet disease. *Curr Opin Rheumatol* 2004; 16:38.
2. International Study Group for Behçet's Disease. Criteria for diagnosis of Behçet disease. *Lancet* 1990; 335:1078.
3. Jonathan DK, Trager, MD: Recurrent Oral and Vulvar Ulcers in a Fifteen-Year-Old Girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17:397-401.
4. Bartholomew D: Genital Erosions and Ulcers in Childhood and Adolescence. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17:151-153.
5. Ministério da Saúde: Manual Controle Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4ª edição, Brasília, DF, 2006.
6. Mertz KJ et al: Etiology of genital ulcers and prevalence of human immunodeficiency virus coinfection in 10 US cities. The Genital Ulcer Disease Surveillance Group. *J Infect Dis*. 1998;178(6):1795.
7. Sisson BA, Glick L: Genital Ulceration as a Presenting Manifestation of Infectious Mononucleosis. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1998; 11:185-187.
8. Taylor S, Drake SM, Dediccoat M, Wood MJ: Genital ulcers associated with acute Epstein-Barr virus infection. *Sex Transm Inf* 1998; 74:296-297.
9. Lipschutz B: Ulcus vulvae actum. *Arch Dermatol Syph (Berlin)* 1913; 114:363.
10. Deitch HR, Huppert J, Adams Hillard PJ: Vulvar Ulcers in Young Females: A Manifestation of Aphthosis. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006; 19:195-204.
11. Costa GBF, Castro JFL. Etiologia e tratamento da estomatite aftosa recorrente – revisão de literatura. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2013;46(1): 00- <http://www.fmrp.usp.br/revista>.

CORRESPONDÊNCIA

Liliane Herter lherter@terra.com.br

TITULAÇÃO

1. Ginecologista do Hospital da Criança Santo Antonio/Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Brasil.
2. Professora de Ginecologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e Hospital da Criança Santo Antonio/Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Brasil.

TEMAS PRÉ-SELECIONADOS PARA O PROGRAMA CIENTÍFICO

1. Corrimento genital em criança
2. Sangramento genital na infância e na idade adulta
3. Fisiologia da puberdade, puberdade precoce e tardia
4. Fatores que interferem no crescimento e desenvolvimento
5. Violência contra a mulher: criança, adolescente e adulta
6. O ginecologista e a vacinação da mulher: criança, adolescente e adulta
7. Infecções genitais na mulher
8. Distúrbios da diferenciação sexual
9. Malformações müllerianas
10. Dismenorreia e TPM
11. Alterações do desenvolvimento mamário na mulher
12. Doenças mamárias benignas: na adolescente e na mulher adulta
13. Câncer ginecológico e de mama
14. A sexualidade humana desde a infância
15. Sangramento uterino anormal: da adolescência à senilidade
16. Mioma do útero: da adolescência até após a menopausa
17. Insuficiência ovariana prematura
18. Distúrbios alimentares e a sociedade consumista
19. Aconselhamento e melhor método para anticoncepção da mulher
20. DST/aids desde a infância
21. Anticoncepção em situações especiais
22. Síndrome dos ovários policísticos desde a adolescência
23. A videolaparoscopia em ginecologia
24. Abortamento de repetição
25. Epidemiologia e fatores de risco para a gravidez na adolescência
26. Gravidez de alto risco e o pré natal
27. Rastreamento ecocardiográfico na gravidez
28. A via do parto à luz dos conhecimentos atuais
29. Amamentação e o desenvolvimento neuropsicomotor da criança
30. Intercorrências clínicas e obstétricas: fatores de influência
31. Questões éticas e legais da gravidez na adolescência
32. Morbidade e mortalidade materna desde a adolescência
33. Infertilidade conjugal
34. Endometriose em todas as idades
35. Amenorreia: sua importância e como deve ser abordada
36. Doenças da vulva em todas as fases da vida
37. Distúrbios urológicos: da infância à fase pós-menopausa
38. Síndrome do climatério e menopausa
39. A cirurgia plástica na adolescência

**“I OFICINA INTERNACIONAL/REGIONAL DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DO ADOLESCENTE”
4 de Abril de 2014, das 8 às 17 horas
Hotel Casa Grande – Guarujá/SP, Brasil**

8h00 às 08h30: Recepção e Coffee Break

8h30 às 09h00: Mesa de Abertura

9h00 às 10h30: Experiências Internacionais na Atenção ao Adolescente

PREVENÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA

- Rui Paixão – Observatório de Violência – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal

BOAS PRÁTICAS NA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

- Cristina Perestrelo Vieira – Unidade de Intervenção Precoce da Maternidade Bissaya Barreto do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES

- Paula Costa Neves – Professora Adjunta da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra, Portugal

10H30 ÀS 11H30: 1º PAINEL: BOAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

- Dr Cesar Kabbach Prigenzi – Plano de Ação na Atenção à Saúde do Adolescente para a Baixada Santista
- Casa do Adolescente de São Vicente/SP
- Casa do Adolescente de Peruíbe/SP

11H30 ÀS 12H30: O ATENDIMENTO GINECOLÓGICO NA ADOLESCÊNCIA

- Dr José Alcione Macedo Almeida

12H30 ÀS 13H30: ALMOÇO

13H30 ÀS 14H30: ADOLESCÊNCIA: VIVER, SENTIR E AGIR

- Dra Albertina Duarte Takiuti

14H30 ÀS 16H00: 2º PAINEL: BOAS PRÁTICAS NO ATENDIMENTO DE GRUPOS DE ADOLESCENTES

- Dr Chafi Abduch
- Dra Lélia de Souza Fernandes
- Dra Leila de La Plata Salomão Cury Tardivo

16H00 ÀS 17H00: ENCERRAMENTO

- Dr Cesar Kabbach Prigenzi
- Dr Rui Alexandre Paquete Paixão
- Dr José Alcione Macedo Almeida
- Dra Albertina Duarte Takiuti

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

MATO GROSSO DO SUL

Tatiana Serra Cruz tatianasc@terra.com.br

DISTRITO FEDERAL

José Domingues Jr. josedo@terra.com.br

SÃO PAULO

Ribeirão Preto – SP: 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

Filomena Aste Silveira femena@uol.com.br
Elaine Pires elainepiresba@yahoo.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

MARANHÃO

Erika Krogh erikakrogh@yahoo.com.br

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 originais que versem sobre temas específicos da área e que não tenham sido publicados em outro periódico. Podem ser escritos em português ou em espanhol. Os trabalhos devem ser encaminhados **preferencialmente** por e-mail sogia@sogia.com.br, com cópia para josealcione.almeida@gmail.com acompanhados 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 com duas cópias em papel, 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 dos mesmos, 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 das categorias **Artigo Original**, **Artigo de Revisão** e **Relato de Caso** e 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.

A comissão editorial é dado o direito de aprovar ou não os artigos recebidos. Os conceitos e opiniões contidos no texto são da inteira responsabilidade dos autores.

Normas para publicação em nossa revista

1. Cada trabalho poderá ter até sete autores. Quando se tratar de pesquisas multicêntricas, devem ser citados os autores responsáveis e os outros autores devem ser citados como colaboradores.
2. O texto do Trabalho (Original, Trabalho de Atualização e Relato de Caso) deve ser digitado em arquivo Word em papel tipo A4, letra Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5 e com 12

a 16 páginas, sendo que no Relato de Caso Clínico 3 a 6 páginas são suficientes. Esse número máximo de páginas, quando ultrapassado por absoluta necessidade, pode ser reconsiderado pela comissão editorial.

3. No texto, não se deve fazer uso de letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (escrever 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, colocar o título deste, em português e inglês, nome completo e titulação dos autores, incluindo a função ou cargo na instituição onde foi desenvolvido o trabalho.
5. Aconselha-se a identificação da instituição onde o trabalho se desenvolveu. O endereço Para correspondência deve constar o nome completo do autor e e-mail e/ou fax.
6. O corpo de **Trabalho de Investigação** deve ser desenvolvido nos moldes: introdução, casuística e métodos (evitar o termo metodologia), resultados, discussão e conclusões.
7. O corpo de **Trabalho de Atualização ou Revisão** deve ser desenvolvido nos mesmos moldes: introdução, métodos (evitar o termo metodologia), resultados, discussão ou comentários e conclusões.
8. O corpo de **Trabalho Relato de Caso Clínico** deve ser desenvolvido nos moldes: introdução (revisão objetiva da literatura), métodos (como selecionou os trabalhos citados), Relato do Caso, discussão ou comentários. Quando couber, podem ter conclusões no final da discussão.
9. Todos os trabalhos devem conter **Resumo com palavras chaves** e **Abstract com keywords** e devem ser redigidos de forma a dar as informações completas do texto, de forma condensada.
10. 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.
11. Referências bibliográficas: não 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.