

REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- INDICAÇÕES, EFICÁCIA E PADRÃO DE SANGRAMENTO DO CONTRACEPTIVO COM DESOGESTREL
- VULVOVAGINITES NA PRÉ-MENARCA: UMA VISÃO ATUAL
- HIPERTOFIA E FIBROADENOMA DE MAMA EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA



SUMÁRIO

EDITORIAL	2
ARTIGO ORIGINAL	
Indicações, eficácia e padrão de sangramento do contraceptivo com desogestrel	3
ARTIGO DE REVISÃO	
Vulvovaginites na pré-menarca: uma visão atual	7
RELATO DE CASO	
Hipertrofia e fibroadenoma de mama em adolescente: relato de caso e revisão da literatura	11
NOTÍCIAS E AGENDA	15

COMISSÃO EDITORIAL

EDITOR: José Alcione Macedo Almeida

EDITOR ASSOCIADO

Álvaro da Cunha Bastos (SP)

CORPO EDITORIAL

Adriana Lipp Weissman (SP)
Albertina Duarte Takiuti (SP)
Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)
Claudia Lúcia Barbosa Salomão (MG)
Cremilda Costa de Figueiredo (BA)
Cristina Falbo Guazzelli (SP)
Denise Maia Monteiro (RJ)
Elaine da Silva Pires (RJ)
Fernando César de Oliveira Jr. (PR)
Glênio Spinato (RS)

João Bosco Ramos Borges (SP)
João Tadeu Leite dos Reis (MG)
Jorge Andalaft Neto (SP)
José Domingues dos Santos Jr. (DF)
José Luiz Camargo (PR)
Laudelino de Oliveira Ramos (SP)
Liliane D. Herter (RS)
Marcelino H. Poli (RS)
Márcia Sacramento Cunha (BA)
Marco Aurélio K. Galletta (SP)
Maria de Lourdes C. Magalhães (CE)
Maria Virginia F. Werneck (MG)
Marta Francis B. Rehme (PR)
Ricardo Leal Rocha (ES)
Romualda Castro do Rego Barros (PE)
Vicente Renato Bagnoli (SP)
Zuleide F. Cabral (MT)

DIRETORIA EXECUTIVA DA SOGIA-BR

Presidente

José Alcione Macedo Almeida

Vice-Presidente

Vicente Renato Bagnoli

1º Secretário

Marco Aurélio K. Galletta

2º Secretário

João Bosco Ramos Borges

1ª Tesoureira

Ana Célia de Mesquita Almeida

2ª Tesoureira

Jorge Andalaft Neto

Diretora de Relações Públicas

Albertina Duarte Takiuti

Presidente Emérito

Álvaro da Cunha Bastos

VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

Vice-Presidente Região Sul

Marta Francis Benevides Rehme

Vice-Presidente Região Sudeste

Laudelino de Oliveira Ramos

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

Zuleide F. Cabral

Vice-Presidente Região Norte-Nordeste

Romualda Castro do Rego Barros

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua João Moura, 860/53
Jardim América
CEP 05412-002 – São Paulo, SP
Fax: (11) 3088-2971

sogia@sogia.com.br
josealcione.almeida@yahoo.com.br
www.sogia.com.br

A CONTRACEPÇÃO E OS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DOS ADOLESCENTES

Sempre é oportuna a discussão sobre a gravidez na adolescência. Segundo nosso mestre Álvaro da Cunha Bastos, toda gravidez em adolescente, mesmo quando esta afirma querer o filho, é inoportuna, pelos transtornos causados na vida dessa jovem, conhecidos por todos nós. Mais importante ainda é a gravidez indesejada, reconhecida como um problema de saúde pública em todo o mundo, sendo motivo de preocupação e merecendo ações em todos os níveis da sociedade, como a Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde do Brasil, várias ONGs e Sociedades Médicas como a SOGIA.

Na estratégia para controle desse grave problema, a orientação contraceptiva é o antídoto e é tema obrigatoriamente abordado nos eventos médico-científicos e também amplamente discutido em publicações em periódicos dirigidos aos médicos, tanto nacionais como internacionais.

No passado, para prescrever anticoncepcional hormonal para uma adolescente, o médico utilizava de artifícios, como justificar para os pais que a “pílula” receitada para sua filha era com o intuito de regularizar os seus ciclos menstruais. Felizmente, já há alguns anos temos respaldo legal para essa prescrição.

Atualmente o adolescente é reconhecido como cidadão com seus direitos definidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, dando-lhe inclusive o direito à confidencialidade na consulta médica, ocasião em que pode decidir em acordo com o médico qual o tipo de contracepção que deve adotar. Esse direito lhe é também assegurado pela Constituição Federal e pela Lei nº 9.263 que regulamenta o planejamento familiar no Brasil, “garantindo o acesso das pessoas às informações, métodos e técnicas para a concepção e para a anticoncepção, cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas”.

Do ponto de vista ético, devemos considerar como tal tudo o que beneficia o ser humano. E os médicos, como todos os profissionais de saúde, recebem formação voltada essencialmente para o bem-estar do nosso semelhante. Todas as nossas ações devem ser no sentido irrestrito de preservar sua saúde, no seu mais amplo sentido.

A utilização da contracepção, inclusive pelos adolescentes, cumpre com os princípios da bio-ética, pois apóia o bem-estar, protege o direito à vida e à saúde, respalda o direito de os homens e mulheres desfrutarem de sua sexualidade e de decidir sobre sua reprodução.

José Alcione Macedo Almeida
Presidente da SOGIA-BR

INDICAÇÕES, EFICÁCIA E PADRÃO DE SANGRAMENTO DO CONTRACEPTIVO COM DESOGESTREL 75 µg

DENISE LEITE MAIA MONTEIRO¹ · DANIELLE DE CARVALHO BITTENCOURT SODRÉ²

RESUMO

Objetivos: Avaliar as indicações, eficácia contraceptiva, grau de aceitabilidade, padrão de sangramento e outras intercorrências clínicas do uso do contraceptivo contendo desogestrel 75 µg. **Método:** Estudaram 120 mulheres entre 16 e 44 anos (média = 29,1), usuárias de um comprimido diário contendo 75 µg de desogestrel, entre julho de 2001 e maio de 2007. O desenho do estudo foi ensaio clínico aberto, ambulatorial, prospectivo, durante 12 ciclos consecutivos de 28 dias de utilização. O período de referência para avaliação do padrão de sangramento seguiu os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (90 dias), sendo classificado como infrequente (1 a 2 episódios), freqüente (≥ 6 episódios) ou prolongado (> 10 dias). Utilizou-se o Programa EPI-INFO para a análise estatística. **Resultados:** A indicação do uso foi contracepção puerperal em 30% (36), fluxo menstrual aumentado (endometriose, miomatose ou coagulopatia) em 35% (42), mastalgia em 5% (6), idade > 35 anos em 5% (6) e desejo de amenorréia em 25% (30). Os efeitos indesejáveis relatados foram: acne 12,5% (15); mastalgia 4,2% (5); cefaléia 3,3% (4); depressão 3,3% (4); náuseas; dor em membros inferiores e tensão pré-menstrual em 2,5% (3). O peso corporal manteve-se estável em 85,1%, havendo aumento > 2 kg em 8,3% (10) e redução de até 4 kg em 6,6% (8). A amenorréia se instalou em até 90 dias em 66,6% (80), 9,2% (11) referiram até dois episódios de sangramento e 24,2% (29) sangramento freqüente ou prolongado. A aceitabilidade no primeiro ano foi de 71%. Das 85 mulheres que utilizaram por mais de um ano, 80% (68) persistiram em amenorréia, ocorrendo sangramento infrequente em 17,6% (15) e freqüente em 2,4% (2). O seguimento dessas mulheres mostrou que 80% (68) utilizaram o método por dois anos, 53% (45) por 3 anos e 15% (18) permanecem em uso após 5 anos. Não houve gravidez no período. Observamos rápido retorno da fertilidade (± 18 dias) em mulher amenorréica há cinco anos, que interrompeu o uso em janeiro, com concepção no mesmo mês (data provável do parto = 22/10/07, por ultra-sonografia). **Conclusões:** A formulação com desogestrel 75 µg mostrou-se altamente eficaz, com boa aceitabilidade, além de ser boa opção na lactação e no tratamento de mulheres com fluxo menstrual excessivo ou que desejam amenorréia.

Palavras-chave: anticoncepção, desogestrel, amenorréia.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the indications, contraceptive efficacy, acceptability, bleeding pattern and clinical side-effects of the use of an oral contraceptive containing 75 µg of desogestrel. **Methods:** One-hundred and twenty women from 16 to 44 years (mean=29) who used a daily doses of 75 µg of desogestrel between July 2001 and May 2007 were studied. The design of the study was a prospective, ambulatorial, open cohort with the duration of 12 consecutive cycles of 28 days. The reference interval for the evaluation of bleeding pattern followed the criterion established by WHO (90 days), and such pattern was categorized as infrequent (1-2 episodes), frequent (≥6 episodes) or prolonged (>10 days). EPI-INFO software was used for statistical analysis. **Results:** The indication was puerperal contraception in 30% of cases (36), increased menstrual flow (endometriosis, miomatosis or coagulopathies) in 35% (42), mastalgia in 5% (6), age>35 years in 5% (6) and wish for amenorrhea in 25% (30). Undesirable side-effects referred were: acne in 12.5% (15); mastalgia in 4.2% (5); headache in 3.3% (4); depression in 3.3% (4); nausea, leg pain and pre-menstrual syndrome in 2.5% (3). Weigh was maintained in 85.1% of patients, with an increase greater than 2kg in 8.3% (10) and a decrease of up to 4kg in 6.6% (8). Amenorrhea was installed within 90 days in 66.6% (80); 9.2% (11) referred up to two bleeding episodes and 24.2% (29) presented frequent or prolonged bleeding. Acceptability in the end of the first year was 71%. Among the 85 women who used the contraceptive for more than a year, 80% (68) remained amenorrheic, while infrequent bleeding occurred in 17.6% (15) and frequent in 2.4% (2). Yearly follow-up of these patients showed that 80% (68) kept the contraceptive for two years, 53% (45) for 3 years and 15% (18) where still using it after 5 years. There was no pregnancy during the study. A quick recovery of fertility (±18 days) was observed in a patient in amenorrhea for 5 years who stopped the contraceptive in January and conceived in the same month (probable date of birth=22/10/07 calculated by ultra-sound). **Conclusions:** The contraceptive containing 75 µg of desogestrel has proven to be effective, to have good acceptability, on addition to being a good option in lactation and also for women who need a reduction in blood flow or who simply desire amenorrhea.

Keywords: contraception, desogestrel, amenorrhea.

INTRODUÇÃO

Desde seu lançamento, na década de 1960, os anticoncepcionais orais combinados (AOC) revolucionaram o estilo de vida feminino e a sociedade, sendo atualmente o método contraceptivo reversível mais utilizado na América Latina¹. Através das décadas, a dose de estrogênio diminuiu progressivamente de 150 µg até 15 µg, proporcionando significativa redução na incidência de efeitos colaterais e melhora no perfil de segurança hemostático sem comprometimento da eficácia. Em contrapartida, esta redução de dose também foi associada à diminuição no controle do ciclo, acarretando aumento dos episódios de sangramento prolongado e de escape².

Concomitantemente, foram desenvolvidos novos progestágenos com maior seletividade e afinidade pelos receptores de progesterona e, portanto com menos efeitos androgênicos³. Cresceu também o número de usuárias de métodos contendo apenas progestágenos, estimado atualmente em mais de 20 milhões em todo o mundo⁴. Entre estes métodos está o anti-concepcional oral apenas com desogestrel 75 µg (DSG), que se aproximou mais dos AOC em termos de eficácia (índice de Pearl = 0,41)⁵ por também atuar através da inibição da ovulação, enquanto as outras pílulas sem estrogênio agem na impenetrabilidade do muco cervical e na motilidade tubária⁶. Outra consequência de seu mecanismo de ação se relaciona ao tempo de atraso na ingestão da pílula, que pode ser de até 12 horas sem prejuízo à segurança contraceptiva, assim como nos AOC, sendo muito superior ao limite de três horas dos outros contraceptivos orais sem estrogênio^{6,7}.

Além da boa tolerabilidade e perfil de segurança, o contraceptivo oral com DSG 75 µg acarreta diminuição ou cessação da maioria dos efeitos colaterais relacionados ao estrogênio, observados em usuárias de pílulas combinadas e redução da dismenorréia após três ciclos de uso⁵. O objetivo deste estudo foi avaliar indicações, eficácia contraceptiva, aceitabilidade, intercorrências clínicas e padrão de sangramento em usuárias do contraceptivo contendo 75 µg de desogestrel.

MÉTODOS

Entre julho de 2001 e maio de 2007, foram avaliadas 120 mulheres com idades entre 16 e 44 anos (média = 29,1), em uso contínuo de um comprimido diário de DSG 75 µg, durante 12 ciclos consecutivos de 28 dias de utilização.

O desenho do estudo foi ensaio clínico aberto, ambulatorial, prospectivo. Os dados de cada paciente foram anotados em formulário específico aplicado no início e no final do período de estudo. As pacientes se dividiam em puérperas (36) e pacientes que optaram pelo uso do método por outras indicações como menorrágia, endometriose, miomatose, coagulopatia, mastalgia, idade maior do

que 35 anos ou desejo de amenorréia. Foi registrado o tempo de manutenção do tratamento por parte das pacientes e a ocorrência de sintomas associados, como mastalgia, náuseas e cefaléia. O padrão de sangramento foi classificado como infrequente (1 a 2 episódios), freqüente (≥ 6 episódios) ou prolongado (> 10 dias), em período de referência de 90 dias, segundo os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹.

RESULTADOS

As indicações para o uso do DSG 75 µg (Figura 1) foram contracepção puerperal em 30% dos casos (36), fluxo menstrual aumentado ou doloroso (endometriose, miomatose ou coagulopatia) em 35% (42), desejo de amenorréia em 25% (30), mastalgia em 5% (6) e idade acima de 35 anos em 5% (6).

A eficácia contraceptiva foi confirmada pela ausência de gestações no período de estudo. As intercorrências clínicas indesejáveis relatadas foram: acne 12,5% (15); mastalgia 4,2% (5); cefaléia 3,3% (4); depressão 3,3% (4); náuseas, dor em membros inferiores e tensão pré-menstrual em 2,5% (3). O peso corporal manteve-se estável em 85,1%, havendo aumento maior do que dois quilos em 8,3% (10) e redução de até quatro quilos em 6,6% (8).

A amenorréia se instalou em até 90 dias em 80 casos (66,6%). No período de referência de 90 dias foi avaliado o padrão de sangramento das pacientes (Figura 2), segundo os critérios estabelecidos pela OMS. Onze mulheres (9,2%) referiram sangramento infrequente (até dois episódios de sangramento nos primeiros 90 dias de utilização) e 29 (24,2%) queixaram-se de sangramento freqüente (igual ou superior a seis episódios de sangramento nos primeiros 90 dias de utilização) ou prolongado (superior a 10 dias de sangramento nos primeiros 90 dias de utilização). A aceitabilidade do tratamento, avaliada como a manutenção do uso do contraceptivo por mais de

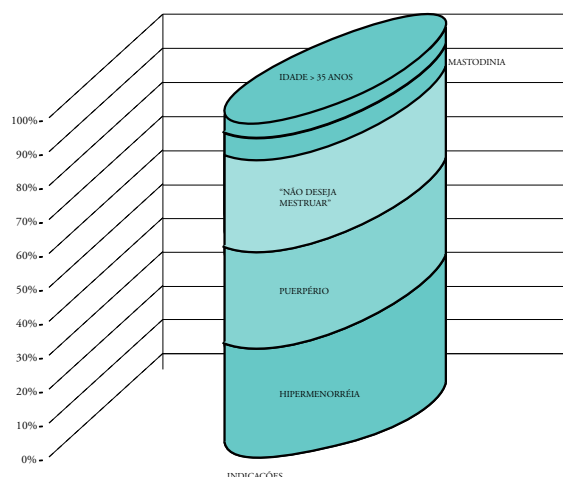


Figura 1. Indicações do uso do contraceptivo com DSG 75 µg.

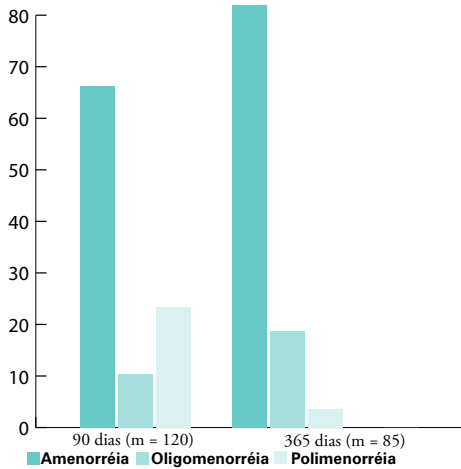


Figura 2. Padrão de sangramento nas usuárias de DSG 75 µg.

um ano, foi de 71% e o principal motivo para interrupção do uso foi alteração no padrão de sangramento.

Oitenta e cinco pacientes continuaram em uso do DSG após o primeiro ano. Destas, 80% (68) permaneceram em amenorréia, ocorreu sangramento infreqüente em 17,6% (15) e freqüente em 2,4% (2). Não foi relatado sangramento prolongado após o primeiro ano de utilização do método. O seguimento dessas mulheres mostrou que 80% (68) utilizaram o contraceptivo por dois anos, 53% (45) por três anos e 15% (18) mantiveram o uso após cinco anos.

Observamos rápido retorno da fertilidade (± 18 dias) em uma paciente que fez uso do contraceptivo por cinco anos e que permanecia em amenorréia. A paciente interrompeu o uso do medicamento em janeiro de 2007 e a concepção ocorreu no mesmo mês, comprovada pela datação da gravidez calculada pela ultra-sonografia de primeiro trimestre, o que estima a fecundação próxima ao dia 29 de janeiro de 2007.

CONCLUSÕES

O contraceptivo oral com DSG 75 µg mostrou-se extremamente eficiente, pois não houve gestações no período de estudo. As indicações terapêuticas clássicas para a contracepção apenas com progestágenos representaram a maioria dos casos (65%). No entanto, já pudemos observar um número significativo de pacientes que iniciaram o método por desejar amenorréia (25%). Isto reflete um pensamento novo, a quebra de antigos tabus que caracteriza a juventude. É importante ressaltar que o contraceptivo estudado não causa hipoestrogenismo e, portanto, não acarreta repercussões na densidade mineral óssea nem aumenta o risco futuro de osteoporose⁸.

Assim como observado na literatura internacional, o contraceptivo teve boa aceitabilidade e os para-efeitos que ocasionaram sua descontinuação foram principalmente as mudanças no padrão menstrual. As alterações menos toleradas foram polimenorréia e o sangramento prolongado ou irregular^{4,9}. Pichl e Karch (2003)¹⁰ também verificaram que o principal efeito adverso foi a alteração do padrão de sangramento, não sendo registrado nenhum efeito adverso sério. A aceitabilidade foi de 90% aproximadamente e 86% das mulheres informaram que continuariam a utilizar o método após o término do estudo. A orientação prévia das pacientes quanto aos possíveis efeitos no padrão de sangramento e sobre a diminuição do sangramento de escape após os primeiros três meses de uso do contraceptivo pode aumentar a aceitabilidade do método³.

A formulação com DSG consiste de excelente opção no arsenal terapêutico a ser utilizado na lactância, nos casos em que haja contra-indicações absolutas ou relativas ao uso de estrogênio, necessidade de redução do fluxo menstrual (por exemplo, anemia) ou ainda nos casos em que a paciente simplesmente não deseja menstruar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations Population Division. World Contraceptive Use 2007. <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2007/contraceptive2007.htm> <Acessado em 19 jun 2008>.
2. Ahrendt HJ, Karck U, Pichl T, Mueller T, Ernst U. The effects of an oestrogen-free, desogestrel-containing oral contraceptive in women with cyclical symptoms: Results from two studies on oestrogen-related symptoms and dysmenorrhoea. *Euro J Contracept Reprod Health Care*. 2007;12(4):354-61.
3. Vree ML, Schmidt J. A large observational clinical evaluation of a desogestrel-containing combiphase oral contraceptive in Germany. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2001;6(2):108-14.
4. Abdel-Aleem H, d'Arcangues C, Vogelsong KM, Gülmezoglu AM. Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives (Cochrane Rev). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2008. Oxford: Update Software.
5. Benagiano G, Primiero FM. Seventy-five microgram desogestrel minipill, a new perspective in estrogen-free contraception. *Ann N Y Acad Sci*. 2003;997:163-73.
6. Rice CF, Killick SR, Dieben T, Bennink HC. A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 mg and levonorgestrel 30 mg daily. *Human Reproduction*. 1999;14 (4):982-5.
7. Korver et al. Maintenance of ovulation inhibition with the 75 mcg desogestrel-only contraceptive pill after scheduled 12h delays in tablet intake. *Contraception* 2005; 71:8-13.
8. Mehta S. Bone loss, contraception and lactation. *Acta Obstet Gynaecol Scand*. 1993;72:148-56.
9. Hickey M, Higham J, Fraser IS. Progestogens versus oestrogens and progestogens for irregular uterine bleeding associated with anovulation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2008. Oxford: Update Software.
10. Pichl T, karch U. The estrogen-free pill Cerazette® in women with dysmenorrhea and estrogen-related side effects. Organon GmbH. Oberschleissheim. Germany: University Clinic Freiburg, Germany, 2003.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Denise Leite Maia Monteiro

Rua Almirante Tamandaré, 66 sala 851 • Flamengo • 22210-060 • Rio de Janeiro - RJ

E-mail: denimonteiro2@yahoo.com.br

INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA NO ESTUDO

Hospital Geral de Jacarepaguá e Clínica Privada (Rio de Janeiro - RJ)

TITULAÇÕES

1. Professora Titular C do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso), Teresópolis (RJ). Doutoranda e Mestre em Saúde da Criança e da Mulher pelo IFF/Fiocruz. Coordenadora do Setor de Ginecologia para Adolescentes do MS/HGJ, Rio de Janeiro, RJ.
2. Toco-ginecologista do Hospital Central da Aeronáutica (FAB/HCA), Rio de Janeiro, RJ. Coordenadora da Residência Médica do Hospital Central da Aeronáutica, Rio de Janeiro, RJ.

VULVOVAGINITES NA PRÉ-MENARCA: UMA VISÃO ATUAL

AREANA DIOGO NASCIMENTO¹ · ROSANA MARIA DOS REIS² · ANA CAROLINA JAPUR DE SÁ ROSA E SILVA³
· MÁRCIA NEVES CARVALHO¹ · LAURA FERREIRA SANTANA⁴

RESUMO

As vulvovaginites constituem o problema ginecológico mais comum em meninas no período pré-menarca e são a causa mais freqüente de procura do ginecologista por pacientes pediátricos. Entretanto, seu manejo é habitualmente empírico. Fatores anatômicos, fisiológicos, microbiológicos, comportamentais e imunológicos estão implicados no desenvolvimento e manutenção das vulvovaginites nesta faixa etária. Os principais diagnósticos diferenciais são: corpo estranho vaginal, puberdade precoce e tumores genitais. O tratamento sempre deve incluir medidas higiênico-comportamentais e antibióticos, os quais devem ser prescritos sempre que for possível a identificação de um agente etiológico por meio de cultura da secreção vaginal.

Palavras-chave: vulvovaginite, pré-menarca, cultura secreção vaginal.

ABSTRACT

Vulvovaginitis is considered the commonest gynecological problem in premenarche girls and is the most frequent reason for what pediatric patients go to the gynecologist. However, its management is frequently empirical. Factors related to anatomy, physiology, microbiological and immunological features and behavior are involved in the development and maintenance of vulvovaginitis at this age. The main differential diagnoses are: foreign bodies, precocious puberty and genital tumors. The treatment must always include advices about hygienic measures and antibiotics should be prescribed when a specific agent is identified by a culture of vaginal secretion.

Keywords: vulvovaginitis, premenarche, culture vaginal secretion.

INTRODUÇÃO

As vulvovaginites constituem o problema ginecológico mais comum em meninas no período pré-menarca⁶ e são a causa mais freqüente de procura do ginecologista por pacientes pediátricos¹⁹. Estima-se que correspondam a cerca de 60% das alterações ginecológicas durante a infância e a adolescência.

Embora na prática clínica seja bastante comum o atendimento de uma menina com vulvovaginite, o manejo destas pacientes é freqüentemente empírico e desconsidera os fatores causais, sendo prescritos antibióticos tópicos e sistêmicos de maneira indiscriminada. Assim, a presente revisão objetiva a orientação para o manejo das pacientes, através da melhor

compreensão dos mecanismos relacionados ao desenvolvimento das vulvovaginites no período pré-puberal. Além disso, são abordados outros aspectos relacionados ao diagnóstico diferencial do corrimento genital na infância, bem como a propedêutica recomendada nestes casos.

A revisão bibliográfica foi realizada por busca eletrônica no MedLine/PubMed, incluindo o período de janeiro de 1982 a outubro de 2007, utilizando como palavras-chave “vulvovaginite e pré-menarca ou pré-puberal. Foram revisados todos os resumos encontrados e obtidos os textos completos nos casos relevantes. Também foram revisadas publicações julgadas complementares aos assuntos tratados.

ETIOLOGIA

Fatores anatômicos e fisiológicos

O hipoestrogenismo inerente ao período pré-puberal é um fator importante que faz que a mucosa genital seja mais suscetível à infecção. Além disso, a fragilidade da mucosa e o pH alcalino, auxiliados por fatores anatômicos, como ausência de pêlos pubianos e grandes lábios pouco desenvolvidos, eventualmente agravados por más condições de higiene, facilitam a invasão por patógenos¹.

FATORES MICROBIOLÓGICOS

O papel do desequilíbrio da flora vaginal para a ocorrência de vulvovaginites em meninas no período pré-puberal é difícil de ser estabelecido, principalmente devido à dificuldade em se caracterizar a flora genital normal na infância. Os estudos com esse objetivo geralmente apresentam um número de casos limitados, carecem de controles e muitos incluem tanto pacientes pré-púberes quanto meninas que já iniciaram o desenvolvimento puberal. Alguns autores avaliaram a flora vaginal de meninas pré-púberes e não há um consenso quanto à espécie bacteriana dominante, tanto em meninas assintomáticas quanto naquelas que apresentam quadro de vulvovaginite. Ankirskaja *et al.*², em um estudo com 20 meninas entre 3 e 7 anos sem vulvovaginite, não encontraram uma bactéria dominante na flora vaginal, tendo sido isolados cocos Gram-positivos, estafilococos (como *Staphylococcus epidermidis*) e estreptococos e hemolíticos. Não foram isolados lactobacilos, fungos e *Staphylococcus aureus*.

Gerstner *et al.*¹⁰ avaliaram a flora vaginal de 31 meninas em idade pré-puberal assintomáticas e compararam com 36 meninas com quadro de vulvovaginite na mesma faixa etária. A secreção vaginal foi obtida por vaginoscopia e foi realizada cultura para anaeróbios e aeróbios em todos os casos. Ambos os grupos tiveram semelhanças microbiológicas. Assim, os autores concluíram que mesmo pacientes assintomáticas podem apresentar uma cultura vaginal positiva para aeróbios, anaeróbios ou ambos. Portanto, nos casos em que haja sintomas e sinais clínicos de vulvovaginite, o isolamento de determinada bactéria não necessariamente significa o reconhecimento do agente causal⁶, mas uma bactéria patogênica pode ser identificada por cultura em 20% a 79% dos casos^{6,16,17}.

Cuadros *et al.*⁶ avaliaram 74 meninas entre 2 e 12 anos com quadro clínico de vulvovaginite e células inflamatórias na secreção vaginal na coloração de Gram. As culturas de secreção vaginal dessas pacientes foram comparadas com as culturas de 11 meninas assintomáticas. Além disso, os responsáveis pelas pacientes responderam a um questionário visando à identificação de possíveis fatores de risco para vulvovaginite. Nas pacientes com vulvovaginite, *Streptococcus pyogenes* foi identificado em 47 pacientes e *Haemophilus sp.*, em 12. A ocorrência

de uma infecção respiratória alta e quadro de vulvovaginite no ano anterior ($p < 0,001$ e $p < 0,05$, respectivamente) foram identificados como fatores de risco significativos. Cox *et al.*⁵ analisaram 32 meninas com vulvovaginite com idade entre 18 meses e 11 anos que apresentavam cultura de secreção vaginal positiva para *Haemophilus sp.* Eles concluíram que meninas com vulvovaginite por esta espécie bacteriana são mais suscetíveis a quadros recorrentes e que o subtipo II é o mais associado a esta condição.

Stricker *et al.*¹⁷ observaram, por meio de microscopia e cultura da secreção vaginal, 80 meninas entre 2 e 12 anos com vulvovaginite. Em 36% dos casos, foi isolada uma bactéria patogênica, principalmente estreptococo do grupo A beta-hemolítico (59% das culturas positivas), espécies que também foram as mais freqüentemente isoladas no estudo de Jaquier *et al.*¹³, com uma casuística de 50 meninas com sintomas e sinais de vulvovaginite. Stricker *et al.*¹⁷ também descrevem que o achado de leucócitos na secreção vaginal, como indicador de crescimento de uma bactéria patogênica, apresentou sensibilidade de 83% e especificidade de 59%. Assim, os autores recomendam que o tratamento antimicrobiano deva ser instituído na ocorrência de uma cultura positiva e não somente no achado de leucócitos na secreção vaginal.

*Escherichia coli*¹⁶ ou *Streptococcus pyogenes* também foram descritos como agentes causais. A maioria dos autores exclui a *Candida sp.* como agente de vulvovaginites em crianças^{9,17}, a não ser naquelas pacientes que apresentam fatores predisponentes, como diabetes, uso prolongado de fraldas ou antibioticoterapia recorrente¹⁴. O achado de agentes sexualmente transmissíveis como *Trichomonas hominis*, *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* é altamente sugestivo de abuso sexual. A possibilidade de abuso também deve ser investigada nos casos de sangramento anal e na presença de comportamento sexual inadequado ou incompatível com o estágio de desenvolvimento da criança.

Fatores imunológicos

Quanto ao sistema imunológico, não se sabe claramente qual o seu papel na etiopatogenia das vulvovaginites. As proteínas secretadas pelas mucosas, principalmente as imunoglobulinas, têm importância fundamental na aquisição e na regulação da microflora. Alguns microrganismos utilizam as proteínas secretadas pelo hospedeiro para aderir à mucosa, um primeiro passo para a colonização e infecção. Fatores que alteram a secreção e a regulação destas proteínas, como o estresse, favorecem o processo de colonização e aderência bacterianas⁴. A imunoglobulina A (IgA) é a principal imunoglobulina das secreções externas e o principal mediador do sistema imune local, limitando a fixação de agentes infecciosos às superfícies de mucosas, o que leva à eliminação de

bactérias ou permite apenas a colonização¹¹. A deficiência de IgA está associada a infecções que ocorrem predominantemente nos tratos respiratório, gastrointestinal e urogenital. A correlação entre deficiência local ou sistêmica de IgA e a ocorrência de infecção ou aumento da suscetibilidade à colonização bacteriana no trato gastrointestinal já foi estabelecida¹¹.

Quanto ao trato genital, valores aumentados de IgA foram encontrados na secreção vaginal de mulheres com tricomoníase⁷. Valores alterados de IgA também foram encontrados na secreção cervical de mulheres colonizadas por estreptococos do grupo B15. Títulos séricos de IgA diminuídos foram encontrados em mulheres com episódios recorrentes de vulvovaginite por *Candida glabrata*¹⁵. Por enquanto, não há estudos que avaliem os níveis de IgA em pacientes pré-púberes com vulvovaginite.

A SPM na adolescente muitas vezes oferece maior dificuldade na sua caracterização, devido provavelmente à maneira da menina expressar suas queixas. Entretanto, estudo com meninas cuja média etária foi de 16,5 anos, revelou queixa de SPM por 85% destas, incluindo os vários subgrupos clínicos, sendo a intensidade leve em 48%, moderada em 27% e severa em 11%. Segundo alguns trabalhos, nesta faixa etária o TDPM apresentaria prevalência muito baixa¹⁷, mas para alguns autores ocorre à semelhança de mulheres adultas em até 8%, e salientando que a concomitância de SPM e dismenorréia em adolescentes ocorre em cerca de 60% dos casos⁶.

FATORES COMPORTAMENTAIS

O uso local de substâncias irritantes, como sabonetes ou perfumes, higiene inapropriada, uso de roupas íntimas de material inadequado são causas de irritação genital na infância e contribuem para a manutenção do quadro de vulvovaginite em pacientes que possuem um agente etiológico específico associado¹⁴.

DIAGNÓSTICO

A Tabela 1 apresenta as manifestações clínicas mais comuns em meninas com vulvovaginite. Os sintomas mais comuns são corrimento (62% a 92% dos casos) e prurido genitais (45% a 58%).

Até o momento, as evidências disponíveis sugerem que deve ser realizada a avaliação microbiológica da secreção vaginal por meio de cultura para aeróbios e anaeróbios e coloração de Gram. A técnica de coleta mais adequada é a que utiliza *swab* de algodão estéril a qual, além de não apresentar diferença de resultados em relação a outros métodos, é mais bem tolerada por pacientes pediátricos³.

OUTRAS CAUSAS DE FLUXO VAGINAL ANORMAL NA INFÂNCIA

Cerca de 60% dos casos de sangramento genital na pré-menarca são decorrentes de vulvovaginites, mas sempre devem ser excluídos

Tabela 1. Manifestações clínicas das vulvovaginites na infância.

Sintomas	Sinais
Corrimento genital	Corrimento genital
Irritação	Escoriações em órgãos
Vermelhidão	genitais e perineo
Disúria	Hiperemia genital
Sangramento	

puberdade precoce, presença de corpo estranho e tumores genitais¹². Deve-se suspeitar de puberdade precoce principalmente nos casos em que o sangramento genital ocorra associado à telarca ou pubarca precoces. Lembrar que a menarca precoce isolada é incomum e deve ser um diagnóstico de exclusão.

A presença de corpo estranho deve ser aventada nos casos de corrimento genital persistente, principalmente com odor fétido. Striegel *et al.*¹⁸ avaliaram 24 meninas com corrimento ou sangramento genital persistentes utilizando método de imagem não-invasivo (como a ultra-sonografia pélvica transabdominal), exame pélvico sob anestesia, vaginoscopia e cistoscopia. Dos sete casos em que foram encontrados corpos estranhos vaginais à vaginoscopia, apenas cinco foram previamente identificados por um método de imagem; e de seis tumores malignos encontrados pelo método direto, apenas dois foram visualizados por um método de diagnóstico por imagem. Assim, a ocorrência de sangramento vaginal alerta para a possibilidade, embora rara, de tumor do trato genital.

TRATAMENTO

Para todas as pacientes devem ser instituídas medidas higiênicas-comportamentais, como o uso de sabonetes adequados e roupas íntimas de algodão, troca regular de fraldas em bebês, além da correta orientação para a higiene dos genitais que, conforme a necessidade, sempre deve ser feita sob supervisão de um adulto. Atentar para a manutenção do uso de fraldas em crianças maiores e para o uso de substâncias irritantes, como produtos de higiene perfumados e talcos. Meninas com parasitose intestinal, infecção urinária e malformações genitais devem receber tratamento adequado.

A antibioticoterapia baseada no antibiograma deve ser instituída nos casos em que a cultura de secreção vaginal permita a identificação de um agente isolado. Ressaltar que bactérias inofensivas em proliferação excessiva podem causar vulvovaginite. A presença isolada de leucócitos na secreção vaginal com cultura negativa não deve ser indicativa da prescrição de antibióticos.

A via de administração sempre deve ser sistêmica. Cremes vaginais não devem ser usados nestas pacientes, visto que os agentes mais comuns sensíveis a estas medicações, como *Candida* sp e *Gardnerella vaginalis*, não são causadores habituais de vulvovaginite nesta idade.

A vulvovaginite, principalmente a de repetição, pode apresentar como fenômeno de reparação do processo inflamatório e/ou infeccioso a fusão dos pequenos lábios. A vulvovaginite e as alterações anatômicas genitais, como fusão de pequenos lábios, são considerados fatores de risco para recorrência de infecção urinária e prejuízo de função renal, segundo estudo de Felea *et al.*¹⁸, em meninas com idade entre 1 mês e 16 anos.

CONCLUSÕES

Os estudos realizados para avaliação da flora vaginal pré-puberdade ainda são escassos e apresentam limitações metodológicas, principalmente relativas à ausência de avaliação de controles assintomáticos para caracterização da flora normal na infância. Entretanto, as evidências até o momento sugerem que a investigação microbiológica deve ser realizada para todas as pacientes e que a antibioticoterapia deve ser instituída apenas quando indicado um agente específico.

Não deve ser prescrito tratamento semelhante ao utilizado em mulheres adultas, visto que a etiologia da vulvovaginite difere de acordo com a faixa etária. Além disso, o manejo de pacientes pré-púberes com vulvovaginite deve incluir sempre medidas comportamentais e a correta orientação quanto à higiene como parte da terapêutica.

Deve-se atentar também para a realização do diagnóstico diferencial com puberdade precoce, presença de corpo estranho e tumores genitais, sendo que nas duas últimas situações, a avaliação por vaginoscopia é superior à realização de exames de imagem apenas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altchek A. Pediatric vulvovaginitis. *J Reprod Med.* 1984;29(6):359-75.
2. Ankirskai AS, Uvarova EV, Muraveva VV. Specific features of normal vaginal microflora in girls of preschool age. *Zh Mikrobiol Epidemiol Immunobiol.* 2004;(4):54-8.
3. Beolchi S, Mastromatteo C, Baietti M, lista G, Facchini M, Nicolini U. Vaginal swab in pediatric age. *Pediatr Med Chir.* 2005;27(3-4):88-90.
4. Bosch JA, Turkenburg M, Nazmi K. Stress as a determinant of saliva-mediated adherence and coadherence of oral and nonoral microorganisms. *Psychosom Med.* 2003;65(4):604-12.
5. Cox RA, Slack MP. Clinical and microbiological features of *Haemophilus influenzae* vulvovaginitis in young girls. *J Clin Pathol.* 2002;55(12):961-4
6. Cuadros J, Mazón A, Martínez R, et al. The aetiology of paediatric inflammatory vulvovaginitis. Erratum In: *Eur J Pediatr.* 2004;163(4):283.
7. el-Sharkawy IM, Hamza SM, el-Sayed MK. Correlation between trichomoniasis vaginalis and female infertility. *J Egypt Soc Parasitol.* 2000;30(1):287-94.
8. Felea D, Matasaru S, Mihailescu L, Cosmescu A, Varvara R, Zaharia T. The interrelations of genital lesions-urinary tract infections in girls. *Rev Med Chir Soc Med Nat lasi.* 1999;103(1-2):103-6.
9. Fischer G, Rogers M. Vulvar disease in children: a clinical audit of 130 cases. *Pediatr Dermatol.* 2000;17(1):1-6
10. Gerstner GJ, Grünberger W, Boschitsch E, Rotter M. Vaginal organisms in prepubertal children with and without vulvovaginitis. A vaginoscopic study. *Arch Gynecol.* 1982;231(3):247-52.
11. Hordnes K, Jonsson R, Brandtzaeg P, Haneberg B. What is the purpose of mucosal antibodies? Relevance to colonization with group B streptococci. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 1997;117(28): 4109-13.
12. Imai A, Horibe S, Tamaya T. Genital bleeding in premenarchal children. *Int J Gynaecol Obstet.* 1995;49(1):41-5.
13. Jaquier A, Stylianopoulos A, Hogg G, Grover S. Vulvovaginitis: clinical features, aetiology and microbiology of the genital tract. *Arch Dis Child.* 1999;81(1):64-7.
14. Joishy M, Ashtekar CS, Jain A, Gonsalves R. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? *BMJ.* 2005;330:186-8.
15. Mendling W, Koldovsky U. Immunological investigations in vaginal mycoses. *Mycoses.* 1996;39(5-6):177-83.
16. Röpke-Brandt B, Gerhard I. Clinical results of pediatric gynecologic consultation at the Heidelberg University gynecologic Clinic. *Zentralbl Gynakol.* 1993;115(2):68-76.
17. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. *Arch Dis Child.* 2003;88(4):324-6..
18. Striegel AM, Myers JB, Sorensen MD, Furness PD, Koyle MA. Vaginal discharge and bleeding in girls younger than 6 years. *J Urol.* 2006;176(6 Pt 1):2632-5.
19. Wilamowska A, Golab-Lipinska M, et al. Trial of characterizing bacterial strains isolated from vaginal discharge of girls. *Ginekol Pol.* 1993;64(7):332-5.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Areana Diogo Nascimento

Rua Galileu Galilei, 705 – Apto 2 • Jardim Irajá • 14020-620 • Ribeirão Preto (SP)
E-mail: areanadiogo@hotmail.com

TITULAÇÕES

1. Médica pós-graduanda do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (DGO-FMRP-USP).
2. Professora-Associada do DGO-FMRP-USP.
3. Professora Doutora do DGO-FMRP-USP.
4. Médica-assistente do DGO-FMRP-USP.

HIPERTOFIA E FIBROADENOMA DE MAMA EM ADOLESCENTE: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA¹ · DANIELA DE GRANDE CURI² · ENCARNAÇÃO RODRIGUES GALVEZ LAGHAI³

RESUMO

Os autores apresentam revisão da literatura e relatam um caso de hipertrofia virginal da mama associado a fibroadenoma bilateral em adolescente. Entre as hipóteses etiológicas destacam a resposta exacerbada dos receptores mamários aos estrogênios, como a mais provável. Ressaltam os aspectos do tratamento paliativo temporário da hipertrofia, incluindo o acompanhamento psicológico. Afirmam que o tratamento é a mamoplastia e chama a atenção para a época oportuna da cirurgia que não deve ser realizada antes que as mamas completem seu desenvolvimento.

Palavras-chave: hipertrofia da mama, fibroadenoma da mama, adolescentes.

ABSTRACT

The authors present a broad bibliographical review and report a case of virginal breast hypertrophy associated to bilateral fibroadenoma in adolescents. Among the etiological hypothesis, the authors point out the intense response of mammarian receptors to estrogen as the most likely one. They stress the positive aspects of palliative temporary treatment, including psychological follow-up. They affirm that the treatment should be mammaplasty, and draw special attention to the correct time for the operation to take place, which should not be performed before the breasts are fully developed.

Keywords: *virginal hypertrophy, macromastia, fibroadenoma, adolescents.*

INTRUDUÇÃO

Hipertrofia mamária é anomalia que se caracteriza por crescimento abrupto e exagerado das mamas que rapidamente, alcançam grande volume. Embora as causas ainda não estejam definidas, a mais provável é a resposta anômala dos receptores mamários aos estímulos hormonais¹. Na literatura há referências de hipertrofia mamária dependente dos estrogênios em quantidade excessiva, além de relacioná-la com uso de drogas como mícidrazina, digitálicos, hidantoína, cimetidina, ansiolítico e tetraidrocanabiol⁹.

A hipertrofia virginal é a forma mais freqüente e caracteriza-se pelo crescimento exagerado e rápido das mamas logo após a menarca¹² enquanto que a hipertrofia gravídica é relacionada com o aumento dos hormônios próprio do período gestacional, podendo portanto ser também uma resposta anômala dos receptores hormonais das mamas.

O crescimento exagerado das mamas, frequentemente associa-se a dor e ferimento nos ombros causados pela alça do sutiã. As pacientes têm sua auto-estima diminuída e, invariavelmente, assumem atitude de isolamento social, deixando de participar das rodas de amigos e de praticar esportes⁵.

O diagnóstico é eminentemente clínico, complementado pela ultra-sonografia das mamas. Esse recurso propedêutico deve ser utilizado também no seguimento dessas pacientes.

Fibroadenoma da mama é um tumor benigno composto por epitélio e estroma, surge dos lóbulos e é mais freqüente em mulheres de 15 a 25 anos de idade podendo ser diagnosticado também em mulheres com mais idade. Não é reconhecido como verdadeira neoplasia⁸, representa 75% dos nódulos da mama em adolescentes¹¹ e 25% dessas pacientes têm mais de um nódulo, na mesma ou em ambas as mamas³.

Em nossa casuística o fibroadenoma representa 90% de todos os tumores diagnosticados na adolescência.

O fibroadenoma normalmente tem tamanho de 1,0 cm a 2,0 cm no seu maior eixo e se mantém neste tamanho, raramente ultrapassando 3,0 cm. Cerca de 5% a 10% dessas lesões se caracterizam por crescimento inesperadamente rápido³. Quando maior que 5,0 cm é denominado de fibroadenoma gigante.

É muito controversa a hormoniodependência desse nódulo. Ainda são limitadas as informações a este respeito, mas, em uma interessante observação nas doenças benignas da mama foi verificado que a produção de progesterona é subnormal durante a fase lútea do ciclo menstrual⁷. Pasqualini et al.¹⁰ demonstraram que o tecido fibromatoso da mama contém altos níveis de estrogênios, e que essas concentrações são significativamente maiores do que em área de tecido mamário normal. Essas informações não foram confirmadas por outros autores².

Estudos recentes⁵ descrevem um possível papel dos receptores de estrogênio e progesterona, sugerindo que receptores múltiplos, sinalizando trilhas, poderiam estar envolvidos no crescimento e diferenciação das doenças benignas, incluindo o fibroadenoma. Por outro lado, um grande estudo retrospectivo⁶ concluiu que não está aumentado o risco de desenvolvimento do câncer de mama subsequente, nas mulheres com fibroadenoma simples que não tenham história familiar de câncer de mama.

O tratamento definitivo da hipermastia é a mamoplastia redutora realizada após a parada completa do crescimento das mamas, por volta dos 17 ou 18 anos de idade⁴. Enquanto aguarda-se o tratamento definitivo, medidas paliativas devem ser orientadas, como o uso de pequenas almofadas para diminuir a pressão direta da alça do sutiã sobre os ombros; o uso de roupas que disfarçam o volume das mamas e, a reeducação postural da paciente que tende a se posicionar curvada para frente.

RELATO DO CASO

DBM, 11 anos, branca, estudante, de família católica, procedente de São Bernardo do Campo (SP). Atendida em primeira consulta no ambulatório de Ginecologia da Infância e Adolescência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 14 de novembro de 1997, relatando que após cinco meses do surgimento do broto mamário o crescimento das mamas tornou-se exagerado, atingindo grande volume rapidamente. Logo começou a ter dores na região dorsal e ferimento nos ombros. Informam seus pais que a paciente passou a isolar-se socialmente, não querendo mais freqüentar a escola. Foi então levada a consultar o cirurgião plástico que a submeteu a mamoplastia redutora. A peça cor-

respondente à mama D pesou 1.005 g e a da mama E 1.555 g. O diagnóstico anatomopatológico foi de fibroadenoma juvenil bilateral. Há 15 dias as mamas voltaram a crescer rapidamente, sendo encaminhada ao nosso Serviço pelo seu ginecologista. Nega outras doenças e seu desenvolvimento neuropsicomotor foi normal. Teve telarca aos 9 anos e 9 meses, pubarca e axilarca aos 10 anos e nega menarca. Sua mãe tem tuberculose óssea, em tratamento. Ao exame físico geral apresentava-se bem nutrida, hidratada, eupnéica, mucosas normocoradas e anictérica. Mede 1,59 m e pesa 48.100 g. Pulso 95 ppm, PA 110 x 80 mmHg e temperatura axilar 36,8 °C. Palpação de tireóide normal, ausência de adenomegalias. Ausculta do tórax: bulhas cardíacas normofonéticas, sem sopros; pulmões com MV normal. Exame ginecológico: mamas exageradamente volumosas para a idade, com retrações na região do complexo areolopapilar bilateralmente, com cicatriz cirúrgica em ambas as mamas (Figura 1).

Palpação normal e expressão negativa. O abdome apresentava-se plano, simétrico, indolor e sem massas palpáveis. Pêlos pubianos normais estágio IV da classificação de Tanner. Formações labiais e clitóris normais. Hímen íntegro com orifício circular. Optou-se por conduta expectante, aconselhando o uso de sutiã adequado, de alças com almofadas; orientação para postura correta; acompanhamento psicológico semanal e solicitou-se ultra-sonografia (USG) mamária. Após 1 mês retorna com exames. USG mamária com Doppler relata alterações compatíveis com proliferação difusa e bilateral dos elementos fibroglandulares e ausência de nódulos. O exame anatomopatológico da revisão das lâminas relatou hiperplasia mamaria juvenil tipo ginecomastia; hiperplasia ductal sem atipias; papilomas intraductais. Dosagens hormonais: PRL 15,76; LH 18,80 mU/mL; FSH 20,32 mU/mL; E2 221,66 pg/mL; TC crânio normal; USG pélvica: útero normal com volume de



Figura 1. Paciente na primeira consulta em nosso ambulatório

27,6 cm³. Ovário D com volume 5,7 cm³. Ovário E micropolicístico e volume de 15,7 cm³. Reforçou-se a orientação postural e o acompanhamento psicológico. Retornou após 4 meses referindo a parada do crescimento das mamas. Foi mantida a conduta expectante com avaliação trimestral. Após seis meses retornou informando a presença de tumor em ambas as mamas. Nessa consulta a paciente e seus pais se mostravam bastante ansiosos e solicitaram o tratamento cirúrgico. À palpação detectou-se um nódulo em cada mama, de consistência fibroelástica, móveis e bem delimitados, medindo ambos 7,0 cm em seus eixos maiores, confirmados pela ultra-sonografia mamária. Realizou-se então a exereses dos nódulos seguida de mamoplastia redutora, em conjunto com a equipe de cirurgia plástica. O pós-operatório transcorreu sem intercorrência. O exame anatomopatológico relatou fibroadenoma (dois nódulos) e fibroesclerose no parênquima de ambas as mamas. O resultado foi considerado satisfatório pela paciente e seus familiares (Figura 2). A paciente foi acompanhada em nosso ambulatório por mais um ano e três meses. Na última consulta, em fevereiro de 1999, sua mãe relatou que o sutiã estava mais apertado, sugerindo crescimento das mamas. Porém, a paciente não tinha a mesma impressão e, ao exame clínico constatou-se mamas com mesmo volume da última consulta. Após essa consulta, a paciente não retornou ao nosso ambulatório.



Figura 2. Após a cirurgia realizada em nosso serviço.

COMENTÁRIOS

Nossa paciente queixava-se de dorsalgia e ferimento nos ombros, falava muito pouco, estava sempre com o olhar para baixo, deixou de freqüentar a escola e afastou-se dos seus amigos. Este é o perfil da paciente com gigantomastia, que em decorrência da sua auto-estima abalada, em baixa, adota o isolamento social⁴.

Não encontramos citações de estatísticas na literatura sobre a associação do fibroadenoma com hipertrofia mamária em adolescentes, concluindo-se por ser uma ocorrência raríssima.

Como citado anteriormente, o fibroadenoma da mama é um tumor benigno composto por epitélio e estroma, surge dos lóbulos e é mais freqüente em mulheres de 15 a 25 anos de idade. Esse nódulo normalmente não ultrapassa de 1,0 cm a 2,0 cm no seu maior eixo e não é reconhecido como verdadeira neoplasia⁸. Quando é maior que 5,0 cm (maior eixo) é denominado de fibroadenoma gigante³.

São limitadas as informações a respeito da hormoniodependência do fibroadenoma da mama^{2,7,11}. Porém, é conhecido que a incidência tem maior freqüência na puberdade, período em que se inicia a maior produção dos esteróides sexuais.

Para a nossa paciente pode-se atribuir à resposta exacerbada dos receptores hormonais das mamas, de acordo com estudos recentes^{5,12} que sugerem também o possível papel de receptores múltiplos, sinalizando trilhas, poderiam estar envolvidos no crescimento e diferenciação e desenvolvimento do fibroadenoma.

Um grande estudo retrospectivo⁶ concluiu que não está aumentado o risco de desenvolvimento do câncer de mama subsequente, nas mulheres com fibroadenoma simples que não tenham história familiar de câncer de mama.

A mamoplastia redutora é o tratamento definitivo e só deve ser realizada após a parada completa do crescimento das mamas, por volta dos 17 ou 18 anos de idade⁴. O caso aqui relatado, ilustra bem que é importante seguirmos o protocolo recomendado. Por outro lado, comprova a dificuldade que o médico enfrenta para convencer a paciente e seus familiares na condução do caso e também ratifica o quanto é de fundamental importância que essas pacientes e seus familiares recebam acompanhamento psicológico especializado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Duflos D, Plu-Bureau G, Thibaud E, et al. Breast diseases in adolescents. In: *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Edited by C. Sultan. Basel, Karger, 2004, pp 186 e 193.
- Dupont WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med* 1985; 312:146-51..
- Dupont WD, Page DL, Parl FF, Vnencak-Jones CL, Plummer WD Jr, Rados MS, Schuyler PA. Long term risk of breast cancer in women with fibroadenoma. *New Engl J Med* 1994; 331:10-5.
- Gibson EJ. Disorders of the Breast in Children and Adolescents, Part 1: *J Pediatr Adolesc Gynecol* (2006) 19:345 e 349
- Goehring C, Morabia A. Epidemiology of benign breast disease, with special attention to histologic types. *Epidemiol Rev* 1997; 19:310-27.
- Hughes LE, Mansel RE, Webster DJT. Aberrations of normal development and involution (ANDI): a new perspective on pathogenesis and nomenclature of benign breast disorders. *Lancet* 1987; 2:1316-9.
- Hughes LE, Mansel RE, Webster DJT. Benign disorders and diseases of the breast—concepts and clinical management. 2nd ed. W.B. Saunders; 2000. Chap. 2, pp. 7-20..
- Hughes LE, Mansel RE, Webster DJT. Benign disorders and diseases of the breast—concepts and clinical management. 2nd ed. W.B. Saunders; 2000. Chap. 3, pp. 21-34
- O'Hare PM, Frieden IJ: Virginal breast hypertrophy. *Pediatr Dermatol* 2000; 17:277.
- Pasqualini JR, Cortes-Prieto J, Chetrite G, Talbi M, Ruiz A. Concentrations of estrone, estradiol and their sulfates, and evaluation of sulfatase and aromatase activities in patients with breast fibroadenoma. *Int J Cancer* 1997; 70:639-43
- Plu-Bureau G, Thalabard JC, Sitruk-Ware R, Asselain B, Mauvais-Jarvis P. Cyclical mastalgia as a marker of breast cancer susceptibility: results of a case-control study among French women. *Br J Cancer* 1992; 65:945-9.
- Templeman C, Hertweck SP. Breast disorders in the pediatric and adolescent patient. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2000; 27:19

INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA NO ESTUDO

Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Serviço do Professor Edmund Chada Baracat.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

José Alcione Macedo Almeida
Rua João Moura, 860/53 • 05412-002 • São Paulo-SP
E-mail: josealcione.almeida@yahoo.com.br

TITULAÇÕES

- Chefe do setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- Pós-Graduada e Médica colaboradora do setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- Médica Colaboradora do setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Declaracion de Montevideo

El Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y las Asociaciones miembros de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) reunidos en el Taller Latinoamericano Aborto Legal por Causales de Salud realizado en la ciudad de Montevideo, el día 9 de Abril del 2008, frente al reconocimiento del Aborto Inseguro como un grave problema de Salud Pública, de Derechos Humanos y de Justicia Social en América Latina y El Caribe.

CONSIDERANDO:

Que los gobiernos de los países de América Latina y El Caribe son firmantes del Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en el Cairo (1994) y de la Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing (1995), en donde se reconoció los Derechos Sexuales y Reproductivos de las personas como parte de los Derechos Humanos.

Que a pesar de la reducción de la mortalidad materna observada en la mayoría de los países de América Latina, esta permanece aún inaceptablemente alta en la Región.

Que aún persisten condiciones de injusticia social e inequidad que comprometen la salud de las mujeres latinoamericanas y que exponen a las más pobres a serias complicaciones del embarazo, parto y del puerperio que condicionan con frecuencia defunciones maternas.

Que los Gobiernos de Latinoamérica y El Caribe están comprometidos con los Objetivos del Milenio, uno de los cuales obliga a la protección de la salud de las mujeres y a reducir para el año 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes. Dada la alta incidencia del aborto inseguro como causa de mortalidad materna en la Región, la mencionada meta no podrá ser alcanzada sin la existencia de políticas públicas que aborden el problema del embarazo no deseado/no aceptado y el aborto inseguro.

Que en Latinoamérica y El Caribe, el aborto inseguro mantiene una frecuencia inaceptablemente alta y que las defunciones maternas por esta causal ocupan un lugar importante dentro de las diferentes estadísticas publicadas. Es muy probable que dentro de esos abortos inseguros, esté ocurriendo un número importante de abortos por razones de salud, que los especialistas calculan entre el 1 y 2% de los embarazos.

Que, además, en Latinoamérica y El Caribe existe un porcentaje importante de muertes maternas ocasionadas por causas indirectas, las mismas que si se detectaran tempranamente o fueran resueltas a través de la solicitud de una interrupción del embarazo en condiciones legales, se evitarían esas defunciones.

Que es posible reducir los abortos, desarrollando programas de educación sexual integral y facilitando la entrega de metodología anticonceptiva, que incluye la anticoncepción de emergencia. Si bien es cierto estas intervenciones reducirán la frecuencia del aborto; de acuerdo a la evidencia, seguirán existiendo abortos, para los cuales se requiere las mejores condiciones de seguridad y legalidad.

Que existe un desconocimiento de los médicos, de las mujeres y del público en general, respecto al tema de la interrupción del embarazo establecida en las Regulaciones existentes a nivel de los países.

Que existen aún barreras culturales, económicas, de acceso y disponibilidad de servicios para que las mujeres busquen la protección de su salud reproductiva y específicamente de la interrupción de un embarazo en condiciones legales.

Que a pesar de lo establecido en los dispositivos legales y administrativos, aún no se han dictado las disposiciones complementarias, lo que ha traído como consecuencia que las instituciones de salud no estén prestando adecuadamente los servicios de interrupción del embarazo en condiciones legales.

Que el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos y el Comité de Mortalidad Materna de FLASOG, en su Reunión Conjunta realizada en la ciudad de Lima el 9 y 10 de Mayo del 2006 reconocieron la necesidad de prestar los servicios de interrupción del embarazo en concordancia con lo que establecen las leyes de los países.

ACUERDAN:

Instar a los Gobiernos de América Latina y El Caribe a crear condiciones para la maternidad segura, fortaleciendo el cuidado de la salud sexual y reproductiva con un enfoque integral, desarrollando programas de educación sexual y asegurando la entrega de metodología anticonceptiva, lo que incluye la anticoncepción de emergencia.

Instar a los Gobiernos de América Latina y El Caribe, a través de sus Ministerios de Salud para elaborar Regulaciones Sanitarias a fin de facilitar el acceso de las mujeres a la interrupción del embarazo en condiciones legales, por ser esta un instrumento que contribuye a preservar su vida y salud y a la reducción de las muertes maternas.

Instar a las Sociedades y Federaciones de Obstetricia y Ginecología de los países afiliados a FLASOG y a las Asociaciones afiliadas a IPPF para trabajar mancomunadamente, impulsando la elaboración de las Regulaciones Sanitarias a nivel local dentro del mandato legal, y de este modo facilitar el acceso de las mujeres a los servicios de interrupción del embarazo, como un reconocimiento a sus derechos sexuales y reproductivos.

Países presentes: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Ecuador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Guatemala, Uruguay, Estados Unidos, Honduras, Venezuela.

Montevideo, Uruguay, 9 de Abril 2008



X CONGRESSO BRASILEIRO
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
30 DE NOVEMBRO A 04 DE DEZEMBRO DE 2008
NAVIO MSC SINFONIA
RIO DE JANEIRO - RJ

Informações importantes para os congressistas!

Nosso congresso se aproxima!

Muita expectativa cerca nosso evento!

O sucesso está garantido!

O navio está lotado!

Que bom que você já reservou o seu lugar!

- O programa científico está quase finalizado, com assuntos relevantes e atuais, incluindo várias palestras interativas visando a motivar a platéia.
- Conseguimos parceria com o Trem do Corcovado. Todos os congressistas poderão utilizar o serviço para visitar o monumento do Cristo Redentor, uma das Novas Sete Maravilhas do Mundo, no período de 4 a 8 de dezembro de 2008, com desconto de 50%.
- Fizemos convênio com a TAM que dará 10% de desconto no preço sobre qualquer tarifa disponível no site. Quem reside fora do Rio de Janeiro e tiver interesse, contate a Tour Viagens (sogia@tourviagens.com.br). A agência também está disponibilizando pacote com várias opções de hotel, para quem quiser chegar antes ou permanecer no Rio após o evento.
- Se já reservou sua cabine e ainda não se inscreveu, não perca tempo!! As inscrições terminarão dia 31 de outubro de 2008.
- Ainda há tempo para inscrever seu trabalho nas categorias pôster, apresentação oral ou concorrer ao Prêmio Álvaro da Cunha Bastos. Instruções no site www.sogia.com.br/naviosogia.
- Se você não conseguiu reservar seu lugar, não fique triste! Insira seu nome na lista de espera através do nosso site e, em caso de ocorrer desistência, poderá ainda participar!

A Comissão Organizadora está trabalhando para fazer um evento do mais alto nível para proporcionar um evento inesquecível a todos os participantes e seus familiares! Até lá!



SOCIEDADE BRASILEIRA
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
FUNDADA EM 03/10/95
sogia@sogia.com.br



Apoio:



SOPERJ
Sociedade de Pediatras
Estado do Rio de Janeiro

AGENCIA OFICIAL:

Tour Viagens
Turismo

(21) 2557 4660 / 2556 5053
naviosogia@tourviagens.com.br

SECRETARIA
EXECUTIVA:

RG
COMUNICAÇÕES

(11) 3515 7880
sogia@rgcomunic.com.br

TRANSPORTADORA
OFICIAL:

TAM

PROGRAMA CIENTÍFICO DO X CONGRESSO BRASILEIRO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.

DIA 01/12/08 (SEGUNDA-FEIRA)

09h00 - 10h00 Local: Restaurante IL GALEONE	<p>FALE COM O ESPECIALISTA</p> <p>Hipoestrogenismo e Sinéquia de pequenos lábios Patrocínio: Merck do Brasil</p> <p>20 congressistas e 2 professores (apresentação 5 min/cada - discussão 50 min)</p> <p>Ciclo menstrual e repercussões mamárias – Indicações da Fitoterapia Patrocínio: Herbarium</p>
10h00 - 11h00	VISITA AOS PATROCINADORES
11h00 - 14h00	TEMPO LIVRE
14h00 - 15h00	<p>SESSÃO INTERATIVA</p> <p>Puberdade Precoce e Tardia</p>
15h00 - 15h30	<p>CONFERÊNCIA</p> <p>Como Reconhecer as Malformações Müllerianas</p>
15h30 - 15h40	VISITA AOS PATROCINADORES
15h40 - 17h00	<p>MESA-REDONDA</p> <p>Gravidez na Adolescência</p>
15h40 - 16h00 -	Adolescer e Gestar
16h00 - 16h20 -	Mortalidade Materna
16h20 - 16h40 -	DHEG: Características entre adolescentes e não adolesc.
16h40 - 17h00 -	DISCUSSÃO
17h00 - 17h30	LANCHE
17h30 - 18h10	<p>CONFERÊNCIA</p> <p>Cosmiatria e Adolescência</p>
18h10 - 19h10	<p>SESSÃO INTERATIVA</p> <p>Síndrome dos Ovários Policísticos e Resistência Insulínica</p>

DIA 02/12/08 (TERÇA-FEIRA)

09h00 - 10h00 | FALE COM O ESPECIALISTA
 Local: Restaurante IL GALEONE | Síndrome pré-menstrual
 Patrocínio: Bayer
 20 congressistas e 2 professores (apresentação 5 min/cada - discussão 50 min)
 Vacina quadrivalente contra HPV
 Patrocínio: MSD

10h00 - 11h00 | VISITA AOS PATROCINADORES

11h00 - 14h00 | TEMPO LIVRE

14h00 - 15h00 | SESSÃO INTERATIVA
 Intersexo, Disgenesia Gonadal e Falência Ovariana Prematura

15h00 - 15h30 | CONFERÊNCIA
 Assistência Integral à Saúde do Adolescente: a experiência do modelo brasileiro

15h30 - 15h40 | VISITA AOS PATROCINADORES

15h40 - 17h00 | SIMPÓSIO GSK
 Vacina contra HPV oncogênico com AS04
 Coordenador: Prof. Denise Leite Maia Monteiro (RJ)

17h00 - 17h30 | LANCHE

17h30 - 18h10 | CONFERÊNCIA
 Sexualidade na Adolescência

18h10 - 19h10 | SESSÃO INTERATIVA
 Infecções na Adolescência: HPV, outras DST, Aids

DIA 03/12/08 (QUARTA-FEIRA)

09h00 - 10h00

Local: Restaurante
IL GALEONE

FALE COM O ESPECIALISTA

Vulvo-vaginites recidivantes na infância e adolescência

Patrocínio: Hebron

20 congressistas e 2 professores (apresentação 5 min/cada - discussão 50 min)

O anticoncepcional de ultra-baixa dose em adolescentes

Patrocínio: Biolab

10h00 - 11h00

VISITA AOS PATROCINADORES

11h00 - 14h00

TEMPO LIVRE

14h10 - 15h00

SESSÃO INTERATIVA

Vacinação na infância e adolescência

15h00 - 15h30

CONFERÊNCIA

Distúrbios da conduta alimentar

15h30 - 15h40

VISITA AOS PATROCINADORES

15h40 - 17h00

MESA-REDONDA

Violência na infância e adolescência

15h40 - 16h00

Aspectos psicossociais

16h00 - 16h20

Aspectos médico-legais e periciais

16h20 - 16h40

Políticas Públicas de Enfrentamento à Violência contra a Mulher Adolescente/Jovem

16h40 - 17h00

DISCUSSÃO

17h00 - 17h30

LANCHE

17h30 - 18h10

CONFERÊNCIA

Densidade óssea e esteróides sexuais na adolescência

18h10 - 19h10

SESSÃO INTERATIVA

Abortamento na adolescência, Assistência ao parto da adolescente



Colega congressista. Neste navio você terá a oportunidade de atualizar-se assistindo ao Congresso e curtirá as maravilhas de um passeio inesquecível.

Programe-se para os próximos congressos

III Congresso Mundial de Enfrentamento da Exploração Sexual

Data: 25 a 28 de novembro no Rio de Janeiro
 Informações: <http://www.iiicongressomundial.com/>

XI Congresso Latino-americano de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência

Panamá, 18 a 21 de março de 2009.
 Presidente do congresso Dra. Ruth De León.
 Informações: www.alogiapanama2009.com

XVI Congresso Mundial de Ginecologia Infanto-Juvenil

Montpellier, França 2010.
 Presidente do congresso Prof. Charles Sultan.
 Prepare-se para esses grandes eventos. Vamos organizar uma grande delegação brasileira.
 Comunique-se com a SOGIA-BR.

O RECONHECIMENTO DA GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

De 16 a 19 do último mês de julho realizou-se, em Assunção-Paraguai, o II Congresso Mercosul de Ginecologia e Obstetrícia em conjunto com XI Congresso Paraguaio de Ginecologia e Obstetrícia e o XIII Congresso de Perinatologia do Paraguai. A ALOGIA esteve representada por alguns de seus membros: a secretária Dra. Liliane Herter (Brasil), seu Presidente Dr. José Alcione Macedo Almeida (Brasil) e os assessores Antonio Miguel Ruoti (Paraguai), José Enrique Pons (Uruguai), José María Méndez Ribas (Argentina) e Ramiro Molina (Chile).

Durante os congressos foi destinado à ALOGIA um auditório para as seguintes atividades:

A - Curso pré e intra-congresso:

Endocrinologia na adolescência

Diretor: Dr. Antonio M. Ruoti

Coordenadoras: Dra. Olga Jimenez y

Dra. Susana Vysokolan

- Adolescência, conceitos gerais. Importância do enfoque multidisciplinar
Dr. Ramiro Molina (Chile)
- Início e desenvolvimento puberal normal
Dra. Ema Corrales de Vysokolan (Paraguay)
- Puberdade precoce
Dra. Claudia Gonzalez de Espinola (Paraguay)
- Puberdade Tardia
Dra. Liliane Herter (Brasil)
- Alterações do ciclo menstrual
Dr. Jose Alcione Macedo Almeida (Brasil)
- Hiperandrogenismo e Síndrome dos Ovários Policísticos
Dr. José María Méndez Ribas (Argentina)
- Acne Juvenil
Dra. Lourdes Bolla (Paraguay)
- Tireóide e sua repercussão no desenvolvimento e ciclo genital
Dra. Olga Jimenez (Paraguay)

- Métodos anticoncepcionais na adolescência
Dr. José Enrique Pons (Uruguay)
- Anticoncepção de emergência e ética
Dr. Antonio Ruoti (Paraguay)

B - Conferências

- Síndrome metabólica: patologia que começa na adolescência
Dr. José María Méndez Ribas (Argentina)
- Patologia mamária na adolescência: tumores e malformações
Dr. José Alcione Macedo Almeida (Brasil)
- Endometriose na adolescência
Dra. Liliane Herter (Brasil)

Tanto o curso como as conferências tiveram excelente presença, com a platéia interessada e participativa. Na avaliação final feita pela organização dos congressos foi anunciado que as salas de maior concorrência foram a de “Cirurgia do Assoalho Pélvico” seguida pela sala de “Ginecologia da Adolescência”. Esta constatação tem se repetido em muitos eventos, o que nos envaidece e nos estimula.



Reunião da ALOGIA, em Assunção, Paraguai, 17 de julho de 2008, durante o Congresso Mercosul de Ginecologia e Obstetrícia. Da esquerda para a direita: José Alcione (BR), Antonio Ruoti (PY), Médez Ribas (AR) e Enrique Pons (UY).



Liliane Herter (BR), Enrique Pons (UY), José Alcione (BR), Ramiro Molina (CH) e Méndez Ribas (AR). ALOGIA reúne-se em almoço durante o Congresso Mercosul de Ginecologia e Obstetrícia, em Assunção, Paraguai.

Comitê executivo da FIGIJ 2007-2010

Presidente

Dr. Ramiro Molina Cartes, Chile

Vice-Presidente

Dr. Dan Apter, Finlândia

Secretário-geral

Dr. Efthimios Deligeoroglou, Grécia

Tesoureiro

Dr. Jan Horejsi, República Checa

Diretor do IFEPAG

Dr. Jose María Mendez Ribas, Argentina

Vice-Diretora do IFEPAG

Dra. Marlene Heinz, Alemanha

Diretor científico

Dr. Charles Sultan, França

Link com ALOGIA

Coordenador de ONGs

Dr. Enrique Pons, Uruguai

Link com NASPAG

Journal of Pediatrics and Adolescent Gynecology

Dra. Ellen Rome, Estados Unidos

Diretoria da ALOGIA 2007-2009

Presidente

Dr. José Alcione Macedo Almeida (Brasil)

Secretária

Dra. Liliane Herter (Brasil)

Tesoureira

Dra. Marta Francis Rehme (Brasil)

COMITÊ ASSESSOR

Dr. José Mendez Ribas (Argentina)

Dr. José Enrique Pons (Uruguai)

Dr. Jorge Pelaez Mendoza (Cuba)

Dr. Ramiro Molina Cartes (Chile)

Dr. Antonio Miguel Ruoti (Paraguai)

Dr. Juan Fernando Bojanini (Colômbia)

Dra. Beatriz Pereyra Pacheco (Argentina)

SECRETÁRIOS REGIONAIS

Dra. Milagros Sánchez (Peru) – Região Andina

Dr. Roberto Sergio (Uruguai) – Região Sul

Dr. José Sáenz (Costa Rica) – Região Norte

REVISTA DA SOGIA-BR

1. Lembramos aos autores interessados que nossa revista é aberta para publicação de trabalhos científicos que preencham as normas publicadas em todas suas edições. Os trabalhos podem ser enviados por e-mail, acompanhados de carta dos autores solicitando a publicação.
2. O associado que não esteja recebendo a revista deve, por favor, fazer contato conosco por e-mail, atualizando seu endereço.

Delegados da SOGIA-BR

Pará

José Clarindo Martins Neto
Hospital Guadalupe
Rua Acipreste Manoel Teodoro, 736
66015-040 – Belém, PA

Maranhão

Érika Krogh
E-mail: erikakrogh@yahoo.com.br

Ceará

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães
Sílvia de Melo Cunha
Rua Des. José Gil de Carvalho, 55 – Lago Jarey
60822-270 – Fortaleza, CE
Tels.: (85) 257-3311/4535
E-mail: mariadelourdes@uol.com.br
smel@fortalnet.com.br

Bahia

Marcia Sacramento Cunha
Rua João das Botas, 89, ap. 601
40110-160 – Salvador, BA
E-mail: marciascunha@ig.com.br

Cremilda Costa de Figueiredo
Rua Dr. Américo Silva, 96, ap. 601
40155-610 – Salvador, BA
E-mail: cremilda@svn.com.br

Mato Grosso do Sul

Tatiana Serra da Cruz Vendas
Rua Euclides da Cunha, 1.045
79020-230 – Campo Grande, MS

Distrito Federal

José Domingues dos Santos Jr.
SMDB, cj. 12-B, lote 3, casa B
Lago Sul – 71680-125 – Brasília, DF
E-mail: josedo@terra.com.br

Goiás

Alessandra Arantes Silva Campos
Rua L, 68, ap. 801 – 74120-050 – Goiânia, GO

Minas Gerais

João Tadeu Leite dos Reis
Rua Ceará, 1.431, sala 1301
30150-311 – Belo Horizonte, MG
E-mail: joaotadeu@seven.com.br

Claudia Lúcia Barbosa Salomão
Av. Pasteur, 89, salas 1408/1409
30150-290 – Belo Horizonte, MG
E-mail: barburi@terra.com.br

Espírito Santo

Ricardo Cristiano Leal Rocha
Rua Desembargador Sampaio, 204/401
Praia do Canto – 29055-250 – Vitória, ES
E-mail: ricardo.cristiano@yahoo.com.br

Rio de Janeiro

Denise Leite Maia Monteiro
Rua Almirante Tamandaré, 66, ap. 851
22210-060 – Rio de Janeiro, RJ
E-mail: denimonteiro2@yahoo.com.br
Elaine da Silva Pires
Praça Nilo Peçanha, 16S 401 – Nilópolis
26520-340 – Rio de Janeiro, RJ
E-mail: elainepires@ig.com.br

Filomena Aste Silveira
E-mail: femena@uol.com.br

São Paulo

Rosana Maria dos Reis
E-mail: ramareis@fmrp.usp.br

Paraná

José Luiz de Oliveira Camargo
Rua Assunção, 475
86050-130 – Londrina, PR
Fernando César de Oliveira Jr.
Av. 7 de Setembro, 5.231, ap. 602 – Batel
80240-000 – Curitiba, PR
Tel.: (41) 244-9764
E-mail: fernandocjr@yahoo.com.br

Santa Catarina

Fabiana Troian
Al. Rio Branco, 805, ap. 603
89010-300 – Blumenau, SC
E-mail: fatroian@yahoo.com.br

Ivana Fernandes
E-mail: ivanafernandes@hotmail.com

Rio Grande do Sul

Marcelino H. Poli
Av. Salgado Filho, 111, ap. 23
98895-000 – Porto Alegre, RS
E-mail: mepoli@terra.com.br
Liliane D. Herter
E-mail: liliane.herter@clinchaherter.com.br
Glênio Spinato
Rua Teixeira Soares, 879/504
99010-081 – Passo Fundo, RS
E-mail: spinato@tpo.com.br

Normas e instruções para publicação em nossa revista

1. Cada trabalho poderá ter até sete autores, e o autor principal, se for brasileiro, deve estar inscrito como membro sócio da SOGIA-BR. Para estrangeiros, é dispensada a exigência de filiação.
2. O texto original deve ser digitado em arquivo Word em papel tipo A4, letra Times New Roman, tamanho 12, espaçamento entrelinhas de 1,5 e com 8 a 12 páginas.
3. Referências bibliográficas: no máximo 20 referências, que devem ser relacionadas no final do trabalho. A ordenação das referências bibliográficas deve ser por ordem alfabética.
4. No texto, não se deve fazer uso de letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (Pereira, e não PEREIRA). Não se deve
5. usar pontos em siglas (OMS, e não O.M.S.) nem abreviações diferentes das clássicas e habituais.
6. Na página de rosto do trabalho, colocar o título deste, nome completo e titulação dos autores, as duas principais, além da identificação da instituição onde este se desenvolveu. O endereço do autor principal deve ser completo, incluindo e-mail e fax.
7. O corpo de trabalho de investigação deve ser desenvolvido nos moldes habituais: introdução, casuística, resultados, discussão e conclusões. O resumo (português e inglês) deve conter entre 80 e 100 palavras.
8. As figuras (gráficos e tabelas) devem ser o mais simples possível, somente com as informações estritamente necessárias à compreensão do texto e em preto-e-branco.

A Revista da SOGIA-BR é um periódico dirigido aos profissionais de saúde que trabalham no atendimento de crianças e adolescentes. Destina-se à publicação de artigos de atualização e trabalhos originais de investigação que não tenham sido publicados em outro periódico. Os trabalhos devem ser encaminhados para o endereço de correspondência constante na primeira página da Revista, por e-mail ou pelo correio. Neste último caso, deve-se enviar disquete identificado com título do trabalho e nome do autor principal, acompanhado de duas cópias impressas.