

ISSN 1981-7274



SOCIEDADE BRASILEIRA  
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA  
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA  
FUNDADA EM 03/10/95

ANO 11 · Nº 2  
ABR/MAI/JUN  
2010

# REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- › VULVOVAGINITE NA INFÂNCIA
- › FISIOLOGIA DA PUBERDADE
- › SIRINGOMA ÉCRINO EM VULVA DE MENINA DE 8 ANOS



Brasília, junho de 2009.

Caros colegas,

Sócios da SOGIA, ginecologistas e obstetras, pediatras e outros profissionais que se dedicam à assistência de crianças e adolescentes com problemas ginecológicos e suas comorbidades.

Por meio deste primeiro comunicado, convidamos todos a participar do XI Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e da Adolescência, que será realizado em Brasília, no período de 11 a 14 de agosto de 2010.

Nossos desafios com mulheres dessa faixa etária são muitos: o exercício da sexualidade demanda cuidados e proteções específicas, como prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), contracepção de emergência e outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva, prevenção da gravidez e também de sua reincidência, identificação da violência sexual, que vem sendo cada vez mais revelada. Avanços na área de diagnósticos e abordagem cirúrgica por via endoscópica precisam ser discutidos, conhecidos e incorporados em nossa rotina de trabalho.

A atenção à saúde da criança e da adolescente tem crescido nos últimos anos, e sua implementação no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é um desafio tanto na ampliação da rede quanto na qualificação de nossos profissionais.

Brasília, com sua ampla rede hoteleira, a proximidade do aeroporto, a beleza natural do cerrado, sua gastronomia diversificada e de ótima qualidade, o lindo azul do céu que se assemelha ao do mar, o clima ameno e a receptividade dos brasileiros de todos os estados que aqui residem, permitirá aos colegas, que aqui vierem desfrutar de momentos de aprendizagem, crescimento pessoal, profissional e de muita alegria.

Aguardaremos vocês e prometemos nos dedicar com muito carinho à organização de nosso congresso.

**José Domingues dos Santos Júnior**  
Presidente do Congresso

## SUMÁRIO

EDITORIAL .....	2
<b>ARTIGO ORIGINAL</b>	
Vulvovaginite na infância .....	3
<b>ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO</b>	
Fisiologia da puberdade .....	9
<b>RELATO DE CASO</b>	
Siringoma écrino em vulva de menina de 8 anos .....	16
<b>NOTÍCIAS E AGENDA</b> .....	19

### 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)

Erika Krogh (MA)

Fernando César de Oliveira Jr. (PR)

Glênio Spinato (RS)

João Bosco Ramos Borges (SP)

João Tadeu Leite dos Reis (MG)

Jorge Andalaft Neto (SP)

José Domingues dos Santos Jr. (DF)

José Maria Soares Jr. (SP)

Laudelino de Oliveira Ramos (SP)

Liliane D. Herter (RS)

Marcelino H. Poli (RS)

Márcia Sacramento Cunha (BA)

Marco Aurélio K. Galletta (SP)

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães (CE)

Maria Virginia F. Werneck (MG)

Marta Francis Benevides Rehme (PR)

Ricardo Cristiano Leal Rocha (ES)

Romualda Castro do Rego Barros (PE)

Tatiana Serra da Cruz Vendas (MS)

Vicente Renato Bagnoli (SP)

Zuleide Felix Cabral (MT)

### CORPO DIRIGENTE DA SOGLIA-BR

#### Presidente Emérito:

Álvaro da Cunha Bastos

#### DIRETORIA EXECUTIVA

##### Presidente:

José Alcione Macedo Almeida  
josealcione.almeida@gmail.com  
Tel. (11) 3825-2547

##### Vice-Presidente:

Vicente Renato Bagnoli  
vrbagnoli@uol.com.br

##### 1º Secretário

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

##### 2º Secretário

João Bosco Ramos Borges  
drbosco@terra.com.br

##### 1ª Tesoureira

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

##### 2º Tesoureiro

Jorge Andalaft Neto

#### Diretora de Relações Públicas

Albertina Duarte Takiuti  
albertinaduarte@ajato.com.br

### VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

#### Vice-Presidente Região Sul

Marta Francis Benevides Rehme  
martarehme@uol.com.br

#### Vice-Presidente Região Sudeste

Laudelino de Oliveira Ramos

#### Vice-Presidente Região Centro-Oeste

Zuleide Felix Cabral  
zuleidecabral@terra.com.br

#### Vice-Presidente Região Norte-Nordeste

Romualda Castro do Rego Barros  
(81) 3342-0682  
romycastro1@hotmail.com

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua João Moura, 860/53  
Jardim América

CEP 05412-002 – São Paulo, SP  
Fax: (11) 3088-2971

[soglia@sogia.com.br](http://soglia@sogia.com.br)

[josealcione.almeida@yahoo.com.br](mailto:josealcione.almeida@yahoo.com.br)  
[www.soglia.com.br](http://www.soglia.com.br)





## FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

A formação de recursos humanos em ginecologia da infância e da adolescência é uma das preocupações universais das associações médicas de nossa área. Está implícita no artigo primeiro dos Estatutos da SOGIA-BR; está sempre presente nas reuniões e nos conclaves da ALOGIA, FIGIJ e muitas sociedades nacionais de ginecologia e obstetrícia da infância e da adolescência. No livro de registro das atas da SOGIA-BR, encontra-se na ata da reunião de diretoria do dia 8 de maio de 1997 a citação do convite feito pelo Professor Mendez Ribas (Argentina), para que o professor Álvaro Bastos proferisse uma palestra sobre “como preparar profissionais no ensino da medicina de adolescentes”.

A atenção à saúde do adolescente é também de interesse de outros órgãos como Ministérios da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

Consta nas Diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil) de 1989 programas de atenção à saúde do adolescente a serem implantados nos diversos centros do Brasil.

Nas recomendações da Organização Mundial da Saúde de 1992 encontram-se: criação ou aperfeiçoamento de centros especializados para adolescentes, com pessoal treinado para atendê-los; políticas dirigidas à conscientização da população por meio de comunicação disponíveis; treinamento apropriado para todo o pessoal que trabalha com adolescentes e programas nacionais de pesquisa e criação de banco de dados.

No Brasil, desde os primeiros anos da década de 1970, muito já se fez pela ginecologia infantojuvenil e pela assistência obstétrica das adolescentes. Vários eventos como cursos, simpósios, participação nos principais congressos nacionais e, principalmente, congressos brasileiros da SOGIA. Muitos centros especializados estão em funcionamento, várias secretarias de Estado têm programa de atenção ao adolescente, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde. Mas nosso país é muito grande e necessita de avanço mais acelerado, multiplicando pessoal capacitado para o atendimento nessa área de atuação.

Formação de recursos humanos é um programa amplo que inclui a capacitação de profissionais que atuam nos centros de atendimento à saúde da criança e do adolescente. Como exemplo, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo tem o “Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente”. Esse programa, que há mais de uma década é dirigido por nossa colega diretora da SOGIA-BR, Albertina Duarte Takiuti, contempla ações diversificadas, e uma delas é o curso anual dividido em módulos, no qual são abordados temas específicos para médicos e temas que interessam a enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e educadores.

No entanto, além do que já vem sendo feito, devemos incrementar outras ações para a capacitação de profissionais que desejam atuar nessa área. Nesse sentido sugerimos duas alternativas que julgamos possíveis de serem desenvolvidas de imediato: realização de eventos regionais, com programação básica uniforme, e estágio em serviço universitário especializado.

A ideia de organização de eventos regionais já foi sugerida e aprovada pela diretoria e pelo conselho de delegados, por ocasião do congresso da SOGIA-BR em Curitiba, em 2004. Com o intuito de melhorar e padronizar essa ação, elaboramos um programa abrangente para a capacitação de médicos no atendimento de crianças e adolescentes na área de ginecologia e obstetrícia. Esse programa será submetido à apreciação dos membros da diretoria e do conselho de delegados e tem por objetivo ser um norteador dos eventos regionais.

Obviamente, outras ações mais amplas, como as desenvolvidas na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, devem estar na pauta sempre que alguém de nós tiver a oportunidade de interagir ou mesmo dirigi-las.

Entendemos também que aqueles que pertencem a serviços universitários com programa de atenção tocoginecológica a crianças e adolescentes podem empenhar-se no sentido de oferecer vagas para médicos estagiários.

Conclamamos todos para refletir e trabalhar para que alcancemos essa meta.

*José Alcione Macedo Almeida*  
Presidente da SOGIA-BR



SOCIEDADE BRASILEIRA  
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA  
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA  
FUNDADA EM 03/10/95

# VULVOVAGINITE NA INFÂNCIA

## VULVOVAGINITIS IN CHILDHOOD

JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA<sup>1</sup> . ENCARNAÇÃO R. GALVEZ LAGHAÍ<sup>2</sup> . ARLETE GIANFALDONI<sup>3</sup>

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO -  
DIVISÃO DE CLÍNICA GINECOLÓGICA - SERVIÇO DO PROFESSOR EDMUND CHADDA BARACAT

### RESUMO

**Objetivos:** Revisão da literatura, avaliação dos dados relatados e apresentação dos resultados de nossa própria experiência no Setor de Ginecologia da Infância e da Adolescência da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. **Casuística e métodos:** Apresentamos os resultados de nosso estudo retrospectivo de 734 meninas pré-púberes, com diagnóstico de vulvovaginite. **Resultados:** Nossos resultados apontam que o corrimento vaginal foi a principal queixa (85%), seguida de “irritação ou vermelhidão” da vulva (30%) e prurido vulvar e perianal (15%). Ao exame ginecológico constatamos: 64,3% das crianças com detritos nos sulcos interlabiais, 34,3% com hiperemia da vulva e introito vaginal, 11,5% com hiperemia dos grandes lábios, 5,7% com fissura da pele vulvar e 1,1% com abscesso da vulva. A flora vaginal era constituída por 81,2% de difteroides, *Escherichia coli* e *Staphylococcus epidermidis*. **Discussão:** O corrimento vaginal, como queixa principal, teve uma frequência de ocorrência de 85%; semelhante a relatos da literatura. A higiene inadequada da genitália pode ser explicada pelo receio da mãe em manusear a genitália da criança. **Conclusões:** Com base em nossos resultados, podemos concluir que: (1) uma boa anamnese e o exame ginecológico criterioso norteiam a conduta correta; (2) as evidências sugerem cautela no uso de antibioticoterapia sistêmica para tratamento da vulvovaginite em meninas pré-púberes. Esse tratamento só deve ser prescrito se houver grande predominância de um patógeno ou se esse for o único germe isolado.

**Palavras-chave:** Vulvovaginite na infância, corrimento vaginal na infância.

### ABSTRACT

**Objectives:** Revision of the literature, evaluation of the related data, and the presentation of the results of our proper experience at the Pediatric and Adolescent Gynecology Sector of the Clinical Gynecology Division of the Hospital das Clínicas of the University of São Paulo. **Methodology:** We present the findings with regard to our retrospective study involving 734 prepubertal girls, diagnosed with vulvovaginitis. **Results:** Our results point to vaginal discharge as the patients' chief complaint (85%), followed by vulvar “irritation or redness” (30%), and perianal & vulvar pruritus (15%). The gynecological exams revealed that: 64,3% of the patients had foreign debris in the interlabial sulci, 34,3% had hyperemia of the vulva and the vaginal orifice, 11,5% experienced hyperemia of the labia majora, 5,7% had vulvar skin-fold fissures, and 1,1% suffered from vulvar abscess. The vaginal flora consisted of 81,2% Diphtheroids, *Escherichia coli*, and *Staphylococcus epidermidis*. **Discussion:** Vaginal discharge, the chief complaint, had a frequency of occurrence of 85%; similar to that reported in the literature. The observed inadequate genital hygiene could be attributed to the mother's apprehension in manipulating the child's genitalia. **Conclusion:** Based on our results, we can conclude that: (1) a reliable anamnesis together with a thorough gynecological exam pave the way for the proper medical conduct; (2) the evidence suggest that great caution must be taken in using systemic antibiotic therapy for the treatment of vulvovaginitis in prepubertal girls. Such treatment should be prescribed only when there is evidence of the presence of a predominant pathogen, or if it was the only germ isolated from the symptomatic prepubertal girl.

**Keywords:** Vulvovaginitis in childhood, vaginal discharge in childhood.

## INTRODUÇÃO

Vulvovaginite é a inflamação da vulva e da vagina decorrente de infecção ou em consequência da ação local de agentes irritativos ou alergênicos ou, ainda, por desequilíbrio bioquímico, como ocorre no diabetes.

Pode haver a vulvite isolada, e a vaginite sem vulvite é mais raramente diagnosticada. No entanto, os termos vulvite, vaginite e vulvovaginite são muito frequentemente usados como sinônimos<sup>1,2</sup>.

Na vulvovaginite a expressão clínica é o corrimento. Na vulvite isolada geralmente não há corrimento, e as queixas relacionadas são de prurido, vermelhidão e dor ou ardor. É necessário lembrar que em casos de abscessos ou lesões ulceradas da vulva, mesmo localizadas, pode haver conteúdo purulento.

O corrimento é o termo utilizado comumente como queixa ao médico, seja pela mãe da criança ou mesmo por paciente pré-púbere. É importante lembrar que há o fluxo fisiológico nas primeiras semanas de vida em decorrência da influência ainda dos hormônios maternos e, na pré-puberdade, quando por incremento dos esteroides sexuais, surge o muco cervical. Muitas vezes essas situações são consideradas como corrimento.

A vulvite é mais frequente na infância e suas causas mais comuns são substâncias irritativas locais ou alergênicas. Na primeira infância é muito comum a dermatite das fraldas.

Para vários autores a vulvovaginite é o principal motivo de consulta ginecológica na infância e na puberdade<sup>3,4,5</sup>.

Entre os fatores que facilitam o processo inflamatório vulvovaginal na infância citam-se a maior exposição da vulva da criança, a proximidade do ânus com os genitais externos e o hipostrogenismo fisiológico. Esse estado fisiológico é responsável pelo epitélio vaginal muito fino, pela ausência dos lactobacilos e, conseqüentemente, pela ausência de ácido láctico e pH alcalino, situação que torna a mucosa vaginal mais suscetível à infecção<sup>6</sup>.

Na infância o processo infeccioso inicia-se na vulva e nem sempre progride para a vagina, salvo nas situações de abuso/violência sexual (germes sexualmente transmissíveis) ou na presença de corpo estranho intravaginal<sup>7</sup>. Já na paciente com atividade sexual, o processo acomete a vagina e posteriormente a vulva pode ser também envolvida.

Em caso de doença sistêmica com manifestações vulvares, o processo pode ser localizado (vulvite diabética) e favorecer o comprometimento também da vagina<sup>8</sup>.

Stricker *et al.*<sup>4</sup>, em casuística com 80 crianças na pré-puberdade, sem história de violência sexual, relatam os principais sintomas e sinais (Tabela 1).

**Tabela 1.** Sinais e sintomas na vulvovaginite em pacientes de 2 a 12 anos de idade

Sinais ou sintomas	N	%
Corrimento	74	92
Prurido	36	45
Hiperemia	24	30
Disúria	15	19
Dor	6	8
Sangramento	4	5

A etiologia infecciosa da vulvovaginite em crianças ainda é controversa, com interpretação diferente dessa possível etiologia. Para Joishy *et al.*<sup>1</sup>, a interação dinâmica e o equilíbrio complexo entre a flora vaginal normal e os agentes microbianos potencialmente patogênicos podem confundir ainda mais o diagnóstico de infecção e, conseqüentemente, o tratamento com antimicrobianos.

A microflora da vagina de crianças ainda não está bem definida<sup>9</sup>; são várias as pesquisas nesse campo, como veremos a seguir.

Algumas publicações demonstraram predominância de anaeróbios variados compondo a flora vaginal de crianças normais<sup>10</sup>.

Os germes encontrados por Cole<sup>11</sup> em estudo com cem pacientes foram difteroides, anaeróbios e *Staphylococcus epidermidis*. A crítica a essa pesquisa se faz porque foram incluídas adolescentes que já tinham atividade sexual e também por não haver informação da exclusão ou não de pacientes vítimas de abuso sexual.

Gerstner *et al.*<sup>12</sup>, em estudo com 67 pré-púberes, sendo 36 sintomáticas e 31 como grupo-controle, constataram que 77% das culturas das pacientes do grupo-controle foram positivas para aeróbios, 65% para anaeróbios e 45% positivas para ambas as bactérias. A espécie mais prevalente foi *Staphylococcus epidermidis* (35%), *Enterococcus* (29%), *Streptococcus viridans* (13%) e lactobacilos (39%). No grupo de crianças sintomáticas, o espectro de organismos isolados foi similar.

Jaquier *et al.*<sup>3</sup> relataram que meninas com vulvovaginite têm flora microbiana similar à do grupo-controle: aeróbios, difteroides, *Staphylococcus coagulase* negativa e *Escherichia coli* (Tabela 2).

Alguns estudos relatam a possível participação de microrganismos, como *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico e *Helicobacter influenzae*, comuns nas infecções do trato respiratório superior e que podem ser encontrados em culturas do conteúdo va-

**Tabela 2.** Flora vaginal de crianças com e sem sintomas<sup>3</sup>

Agentes	Casos (%)	Grupo-controle (%)
Anaeróbios	29 (58)	46 (92)
Difteroides	24 (48)	31 (62)
<i>Streptococcus coagulase negativo</i>	30 (60)	28 (56)
<i>Escherichia coli</i>	15 (30)	17 (34)
<i>Streptococcus viridans</i>	3 (6)	14 (28)
<i>Enterococcus</i>	6 (12)	5 (10)
<i>Helicobacter influenzae</i>	2 (4)	2 (4)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	0	1 (2)
<i>Streptococcus</i> grupo G	1 (2)	1 (2)
<i>Streptococcus</i> grupo B	1 (2)	1 (2)
Lactobacilos	1 (2)	1 (2)
Proteus	4 (8)	1 (2)
<i>Staphylococcus aureus</i>	5 (10)	1 (2)
<i>Streptococcus</i> grupo A	3 (6)	0
<i>Klebsiella</i>	1 (2)	0
<i>Candida albicans</i>	1 (2)	0
<i>Streptococcus milleri</i>	2 (4)	0
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1 (2)	0
<i>Enterobius vermicularis</i>	1 (2)	1 (2)

ginal de crianças principalmente após episódios de infecções respiratórias ou de pele<sup>1,4,13,14</sup>.

A *Shigella flexneri* foi relatada em vulvovaginite de criança por Kass-Wolf *et al*<sup>5</sup>.

A cândida pode ser encontrada em criança com diabetes, em pacientes que fizeram uso recente de antibióticos e de drogas imunossupressoras, incluindo os corticoides.

*Enterobius vermicularis* é tido como causa comum de vulvovaginite<sup>16</sup>. Está associado a prurido severo com leve e incolor fluxo vulvovaginal e o verme pode ser visto sob a luz, já que eles surgem à noite para depositar os ovos. O teste do swab anal é utilizado, mas seus resultados são baixos<sup>17</sup>.

Para Arsenault e Gerbie<sup>18</sup>, em até 75% dos casos de vulvovaginite não se isolou um germe patógeno específico.

Stricker *et al.*<sup>4</sup> realizaram cultura do conteúdo vaginal de 80 meninas de 2 anos a 12 anos de idade com queixa de

corrimento. Em 29 delas (36%) foram isoladas bactérias. Em quatro dessas pacientes foram encontradas mais de uma bactéria. Em 17 pacientes isolou-se *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico, em duas outras identificaram-se *Haemophilus influenzae* tipo B (associado a outras bactérias como *Streptococcus viridans*, *Proteus* sp e *Pseudomonas* sp) e outras cinco não tipáveis. Em uma paciente foi isolada a *Klebsiella pneumoniae*, em outra, a *Shigella flexneri*. Em três crianças a bactéria isolada foi o *Staphylococcus aureus*.

A vulvovaginite em criança pode ser causada por transporte pela própria paciente, de agentes patogênicos do trato respiratório superior ou de lesões de piodermite e, geralmente, quem apresenta maior risco dessas afecções são as crianças que tiveram uma infecção recente<sup>5</sup>.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Entre 2.477 crianças com até 10 anos de idade, atendidas entre 1º. de março de 1988 e 1º. de março de 2008 no Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 825 foram registradas com diagnóstico de vulvovaginite. Conseguimos os dados de 751 prontuários, dos quais excluímos 17, pois as pacientes tinham outros diagnósticos (líquen escleroso vulvar e verruga vulvar) e não apresentavam corrimento. Trabalhamos então com 734 prontuários. Os dados valorizados foram história clínica, achados ao exame ginecológico e resultados de exames bacterioscópicos e cultura do conteúdo vulvovaginal.

## RESULTADOS

Na história clínica constatou-se que 90% das vezes as queixas foram relatadas pela mãe. Os principais sintomas são apresentados na tabela 3. O corrimento foi a principal

**Tabela 3.** Sintomas em 734 crianças com até 10 anos de idade

Sintomas	N	%
Corrimento	624	85
Irritação ou vermelhidão da vulva	220	30
Prurido vulvar	107	15
Prurido perianal	66	9
Dor	59	8
Sangramento	22	3

Fonte: Setor de Ginecologia da Infância e da Adolescência da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

queixa, seguido de “irritação ou vermelhidão” da vulva, prurido vulvar e prurido perianal. Muitas pacientes tinham mais de um sintoma, o que explica os números da tabela. Em 60% dos casos em que havia queixa de sangramento, a flora vaginal era polimicrobiana e as pacientes tinham menos de 8 anos de idade.

Os achados ao exame ginecológico estão representados na tabela 4. A mesma explicação sobre os números da tabela anterior cabe aqui.

**Tabela 4.** Sinais encontrados ao exame ginecológico de 734 crianças

Sintomas	N	%
Detritos nos sulcos interlabiais ou perianal	472	64,3
Hiperemia da vulva e introito	252	34,3
Só hiperemia da vulva	84	11,5
Fissura da pele vulvar	42	5,7
Abscesso da vulva	8	1,1

Fonte: Setor de Ginecologia da Infância e da Adolescência da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O *Enterobius vermicularis* foi diagnosticado por meio do exame do swab anal em 21 pacientes (2,9%). Essas pacientes também foram submetidas a exames do conteúdo vulvovaginal e todas tinham flora polimicrobiana.

Diagnosticou-se corpo estranho intravaginal associado à história de sangramento vaginal progressivo seguido de corrimento sanguinolento e fétido em dez crianças, todas na faixa etária entre 5 e 7 anos.

Em 41 crianças (5,6%) houve o diagnóstico de vulvite sem vaginite (Tabela 5).

**Tabela 5.** Diagnósticos entre as 734 crianças com vulvite sem vaginite

Diagnósticos	N	%
Vulvite alérgica	21	2,8
Vulvite diabética	9	1,2
Vulvite herpética	3	0,4
Abscesso da vulva	8	1,1

Fonte: Setor de Ginecologia da Infância e da Adolescência da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Em 648 pacientes submetidas à cultura do corrimento obtivemos resultados com larga predominância (81,2%) de difteroides, *Escherichia coli* e *Staphylococcus epidermidis*, como consta na tabela 6.

**Tabela 6.** Flora vaginal em 648 pacientes até 10 anos de idade

Germes	N	%
Difteroides, <i>Escherichia coli</i> e <i>Staphylococcus epidermidis</i>	526	81,2
Leveduras	42	6,5
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> *	8	1,3

\*Não há referência a abuso sexual.

Fonte: Setor de Ginecologia da Infância e da Adolescência da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

## DISCUSSÃO

Por tratar-se de trabalho retrospectivo com casuística de período longo, alguns dados são insatisfatórios. Esse trabalho abrange os primeiros anos da ginecologia infantil no Brasil, quando se começou a acumular experiência nessa área.

Com relação às queixas *versus* achados ao exame clínico, constata-se em primeiro lugar o que ainda ocorre: a mãe, ansiosa, procura atendimento médico com queixas que muitas vezes não se confirmam ao exame ginecológico (Tabelas 3 e 4).

Na tabela 3 também se constata que o corrimento é a principal preocupação das mães, o que está em acordo com os dados de Stricket *et al.*<sup>4</sup>, (Tabela 1) e outros<sup>3,5</sup>.

A prevalência elevada de queixas de corrimento na tabela 3 não é confirmada na tabela 4, que registra 64,3% de detritos nas pregas vulvares e região perianal, indicando higiene precária, ilustrada pela figura 1. Essa higiene deficiente pode ser explicada pelo temor das mães em “manipular” os genitais das crianças. Para comprovação de que o corrimento origina-se da vagina, devem-se tracionar as formações labiais para frente e para baixo, solicitando que a paciente faça esforço (Figura 2).

Também com relação à queixa de corrimento deve-se ressaltar que nem sempre esta corresponda à vaginite, podendo ser em decorrência de infecção localizada na vulva, como consta na tabela 5 e é ilustrada pela figura 3.

Em nossa casuística (Tabelas 5 e 6), encontramos três pacientes com diagnóstico de vulvite herpética e oito com vaginite gonorreica. Embora não haja referência a abuso sexual





**Figura 1.** Acúmulo de detritos nos sulcos interlabiais em criança com queixa de corrimento vaginal (HC-FMUSP).



**Figura 3.** Criança com 1 ano de idade que adquiriu pequeno abscesso em ferida por coçadura após picada de inseto.

na história dessas crianças, lembramos que ambas as infecções são consideradas como doenças sexualmente transmissíveis<sup>7</sup>. Assim, sempre que for diagnosticada uma dessas infecções, o abuso sexual deve ser lembrado.

Ainda há uma questão a ser solucionada quanto à etiologia infecciosa dos processos inflamatórios da vulva e da vagina de criança. O que se percebe pela análise da literatura é que ainda não há consenso nessa questão. Isso pode ser explicado pela interpretação diferente do que é flora vaginal normal ou

patológica. Para Joishy *et al.*<sup>1</sup>, a interação dinâmica e o equilíbrio complexo entre a flora vaginal normal e os agentes microbianos potencialmente patogênicos podem confundir ainda mais o diagnóstico de infecção e o tratamento com antimicrobianos.

Por esses motivos, alguns autores ainda dividem as vulvovaginites na infância em específicas e inespecíficas, referindo-se, respectivamente, àquelas cujos agentes podem ser isolados e às polimicrobianas ou não infecciosas<sup>3,4</sup>.

Verifica-se em nossos resultados (Tabela 6) que em 648 crianças submetidas à cultura do corrimento houve a prevalência de bacilos difteroides, *Escherichia coli* e *Staphylococcus epidermidis*, em 81,2%. Esses achados são semelhantes aos relatados pela literatura<sup>3,10,11,12</sup>.

Ainda sobre a dúvida da etiologia infecciosa na vulvovaginite em crianças, há relatos que em até 75% das vezes não se encontraram germes patogênicos.

Antes de instituir-se tratamento com antibióticos para essas pacientes, deve-se lembrar de que uma boa história pode ser difícil para obter-se, mas é importante para o diagnóstico. Mesmo sabendo-se que grande parte das queixas são por má higiene, esta nunca deve ser supervalorizada como primeiro passo na condução de todos os casos<sup>17</sup>. O exame ginecológico pode orientar a necessidade ou não de exames de laboratório.



**Figura 2.** Conteúdo intravaginal em paciente com 10 anos de idade.

## CONCLUSÕES

A queixa de corrimento vaginal em criança é, com frequência, devida à higiene vulvar deficiente ou desencadeada por fatores físico-químicos. Mesmo assim, essa higiene não deve ser supervalorizada como único passo na condução de todos os casos, como bem enfatiza Makwela<sup>17</sup>. A associação de uma boa anamnese com o exame ginecológico criterioso norteia a conduta correta.

As evidências sugerem cautela no uso de antibioticoterapia sistêmica para tratamento da vulvovaginite em crianças. Esse tratamento só deve ser prescrito se houver grande predominância de um patógeno ou se este for o único germe isolado.

## REFERÊNCIAS

1. Joishy M, Ashtekar CS, Jain A, Gonsalves R. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? *BMJ*. 2005;330:186-8.
2. Vandeven AM, Emans SJV. Vulvovaginitis in the child and adolescent. *Pediatr Rev*. 1993;14:141-7.
3. Jaquier A, Styliopoulos A, Hogg G, Grover S. Vulvovaginitis: clinical features, aetiology and microbiology of genital tract. *Arch Dis Child*. 1999;81:64-7.
4. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. *Arch Dis Child*. 2003;88:324-6.
5. Cuadros J, Mazon A, Martinez R, Gonzalez P, Gil-setas A, Flores U, et al.; Spanish Study Group for Primary Care Infection. The aetiology of paediatric inflammatory vulvovaginitis. *Eur J Pediatr*. 2004 Feb;163(2):105-7.
6. Altchek A. Pediatric vulvovaginitis. *J Reprod Med*. 1984;29(6):359-75.
7. Kokotos F, Adam HM. Vulvovaginitis. *Pediatrics in Review*. 2006;27:116-7.
8. Bastos AC. Vulvovaginite – Cervicite – Doença Sexualmente Transmissíveis – AIDS. *Ginecologia Infanto-Juvenil*. São Paulo: Roca, 1998. p.105-17.
9. Barousse MM, Van Der Pol BJ, Fortenberry D, Orr D, Fidel Jr. PL. Vaginal yeast colonization, prevalence of vaginitis, and associated local immunity in adolescents. *Sex Transm Infect*. 2004 Feb; 80(1):48-53.
10. Cox RA, Slack MP. Clinical and microbiological features of *Haemophilus influenzae* vulvovaginitis in young girls. *J Clin Pathol*. 2002 Dec;55(12):961-4.
11. Cole AM. Innate host defense of human vaginal and cervical mucosae. *Curr Top Microbiol Immunol*. 2006;306:199-230.
12. Gerstner GJ, Grunberger W, Boschitsch E, Rotter M. Vaginal organisms in prepubertal children with and without vulvovaginitis. A vaginoscopic study. *Arch Gynecol*. 1982;231:247-52.
13. Jones R. Childhood vulvovaginitis and vaginal discharge in general practice. *Fam Pract*. 1996 Aug;13(4):369-72.
14. Deligeorgiou E, Salakos N, Makrakis E, Chasiakos D, Hassan EA, Christopoulos P. Infections of the lower female genital tract during childhood and adolescence. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2004;31(3):175-8.
15. Kass-Wolf JH, Wilson EE. Pediatric Gynecology: Assessment strategies and common problems. *Semin Reprod Med*. 2003 Nov;21(4):328-9.
16. La Cruz BS. *Ginecologia Infanto-Juvenil*. Caracas: Editorial Ateproca, 1997.
17. Makwela MR. Paediatric vaginal discharge. *SA Fam Pract*. 2007;49(7):30-1.
18. Arsenault PS, Gerbie AB. Vulvovaginitis in the preadolescent girl. *Pediatr Ann*. 1986;15:577-9, 583-5

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

José Alcione Almeida

E-mail: josealcione.almeida@gmail.com

## TITULAÇÕES

1. Mestre e doutor pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, Serviço do Prof. Edmund C. Baracar, membro do Comitê assessor da Associação Latinoamericana de Obstetricia e Ginecologia da Infância e Adolescência-ALOGIA.
2. Médica colaboradora do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, delegada da SOGIA-BR (região ABC-SP).
3. Doutora em medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, médica assistente do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, delegada da SOGIA-BR (região Barueri-SP).

# FISIOLOGIA DA PUBERDADE

## *PHYSIOLOGY OF PUBERTY*

DENISE LEITE MAIA MONTEIRO<sup>1</sup> . JÚLIA NICOLATINO TURL<sup>2</sup> . ISABELLA BOTELHO FIGUEIREDO MATIAS<sup>2</sup>

### RESUMO

O atual artigo tem como objetivo apresentar a fisiologia da puberdade e suas formas de avaliação. O desenvolvimento deste estudo teve como base as publicações que discutem desde os critérios para o diagnóstico da puberdade, suas etapas e algumas das possíveis anormalidades. São apresentados temas como: mecanismos hormonais da puberdade, avaliação do desenvolvimento puberal (estirão do crescimento, pubarca, telarca, menarca) e o questionamento sobre a idade do início da puberdade. É de grande importância o papel do ginecologista em avaliar o crescimento e o desenvolvimento das meninas e adolescentes, pois dessa forma poderá detectar precocemente alguns distúrbios e, então, tratar de forma adequada ou encaminhar para assistência especializada.

**Palavras-chave:** Puberdade, fisiologia, crescimento e desenvolvimento.

### ABSTRACT

*The current article aims to present the physiology of the puberty and their evaluation forms. The study development was based on publications that discuss the criteria for the diagnosis of puberty, its stages and some possible abnormalities. It presents topics such as: hormonal mechanisms of puberty, assessment of pubertal development (growth spurt, pubarche, thelarche, menarche) and questions about the age of onset of puberty. It is very important the role of the gynecologist to evaluate the growth and the development of girls and teenagers, because this will enable early detection of some disorders and then treat properly or refer for specialized assistance.*

**Keywords:** Puberty, physiology, growth and development .

## INTRODUÇÃO

Atualmente, em razão de maior esclarecimento, é crescente a procura de atendimento para meninas nos consultórios de ginecologia. O ginecologista que se dedica ao atendimento de crianças e adolescentes pode suprir a lacuna deixada pela falta de procura à assistência pediátrica, já que após um ano de idade a tendência é só consultá-lo quando ocorre alguma doença. O ginecologista deve ter o cuidado de avaliar o crescimento e o desenvolvimento das meninas e adolescentes que o procuram, pois, dessa forma, além de estreitar o vínculo na relação médico-paciente ao explicar sobre seu desenvolvimento, poderá estar contribuindo para a detecção precoce de distúrbios, cabendo a ele, então, tratar ou orientar a família a procurar assistência especializada.

Essa avaliação deve incluir: peso, estatura, dieta, situação nutricional, aspectos psicossociais e desenvolvimento puberal<sup>1</sup>. No Brasil, a desnutrição crônica é frequente causa de baixa estatura. Método muito utilizado para avaliar o estado nutricional é o índice de massa corporal (IMC) ou índice de Quetelet, que é calculado pelo peso em quilos dividido pela altura em metros elevada ao quadrado ( $P/E^2$ )<sup>2</sup>.

A investigação laboratorial pode ser iniciada pelo pediatra ou pelo ginecologista, que nos casos necessários indicará o momento de encaminhamento ao endocrinologista para avaliação e solicitação de exames mais específicos, sem, contudo, afastar-se do caso, mantendo atitude de apoio e compreensão para a paciente e sua família.

### Avaliação do desenvolvimento puberal

A puberdade é o período de transição entre a infância e a idade adulta, no qual ocorrem o aparecimento e o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, o início da fertilidade, o estirão de crescimento e o fechamento das extremidades ósseas, determinando a estatura final, como consequência de variações hormonais acompanhadas de alterações emocionais. Apresenta duração variável, em média quatro a cinco anos, com início correspondente à idade óssea (IO) de 11 anos nas meninas e de 13 anos nos meninos<sup>3,4</sup>. Esse processo complexo tem por finalidade capacitar o indivíduo para procriação e perpetuação da espécie.

A sequência de eventos da puberdade depende diretamente da integridade do eixo hipotálamo-hipófise-ovário com seus mecanismos de *feedback*. O hipotálamo produz o GnRH (fator liberador de gonadotrofinas), que estimula a hipófise por meio de secreção pulsátil a produzir as gonadotrofinas (FSH e LH), que agem sobre os ovários, levando à maturação do epitélio germinativo e à secreção de esteroides sexuais, IGF-1, inibina, ativina e citoquininas. Por intermédio desse mecanismo de *feedback*, os hormônios ovarianos exercem ação sobre a secreção de gonadotrofinas, agindo sobre o hipotálamo

modulando a secreção de GnRH, e sobre a hipófise, influenciando diretamente a secreção de FSH e LH.

Por volta dos 7 anos de idade inicia-se a ativação do eixo H-H-O, identificando-se pulsos noturnos de GnRH. O início da puberdade é marcado pelo aumento gradual dos picos de FSH e LH, inicialmente durante a noite e depois durante todo o dia. O LH estimula as células da teca interna a sintetizar os precursores androgênicos. O FSH aumenta a síntese da aromatase, que converte os precursores em estrogênio. Gradativamente, os ovários aumentam de tamanho e seu parênquima adquire aspecto multifolicular.

Paralelamente, ocorre ativação da zona reticular das suprarrenais, com secreção de androgênios. Esse evento, denominado adrenarca, independe de GnRH, de gonadotrofinas ou da função ovariana<sup>3,4,5,6</sup>.

Nas meninas, as alterações são representadas pelo aparecimento do broto mamário (precursor das mamas adultas), de pelos pubianos, desenvolvimento genital e distribuição feminina de gordura<sup>4</sup>.

No período que precede a menarca, o aumento dos pulsos de FSH (em intensidade e frequência) e o aumento da sensibilidade ovariana ao estímulo das gonadotrofinas levam ao aumento da secreção de estradiol. Sob estímulo estrogênico, os caracteres sexuais secundários se tornam evidentes.

Critérios revisados na década de 1960 estabeleceram os limites de normalidade para o início da puberdade, sendo este de oito anos para as meninas. Essa idade definida como normal para o início da puberdade é baseada em 95% da população ou 2 desvios-padrão abaixo da idade média do início da puberdade. Portanto, existe 2,5% de meninas normais que iniciam a puberdade com menos de 8 anos de idade<sup>7,8</sup>.

Após a publicação de grande estudo americano que observou significativo número de meninas normais com início do desenvolvimento puberal antes dos 8 anos de idade, esse conceito foi questionado. Observou-se também diferença em função da raça, pois meninas da raça negra apresentaram desenvolvimento em idade mais precoce que as da raça branca. As conclusões do estudo sugeriram que o desenvolvimento de mamas ou pelos pubianos em meninas negras a partir dos 6 anos de idade e em brancas a partir dos 7 anos de idade poderia ser considerado normal, o que gerou polêmica, principalmente pela preocupação de alguns autores de que o não encaminhamento de pacientes com sinais de puberdade antes dos 8 anos de idade pode resultar na omissão diagnóstica de doenças importantes<sup>9,10,11</sup>. Por esses motivos, as idades clássicas devem ser respeitadas e, mais que isso, a velocidade dos eventos puberais deve ser cuidadosamente avaliada.

Importante ressaltar que as características puberais apresentam espectro variável de início, assim como variação considerável em seu ritmo evolutivo, podendo ser encontrada

nos extremos do intervalo de normalidade: a aceleração constitucional do crescimento e da puberdade (ACCP) quando esta ocorre no limite inferior da normalidade e o retardo constitucional do crescimento e da puberdade (RCCP), em que

a puberdade normal ocorre mais tardiamente. Isso significa que crianças que nascem com estaturas semelhantes podem ter crescimento e desenvolvimento puberal em ritmo diferente, mas atingindo a mesma estatura final (Figura 1)<sup>8</sup>.

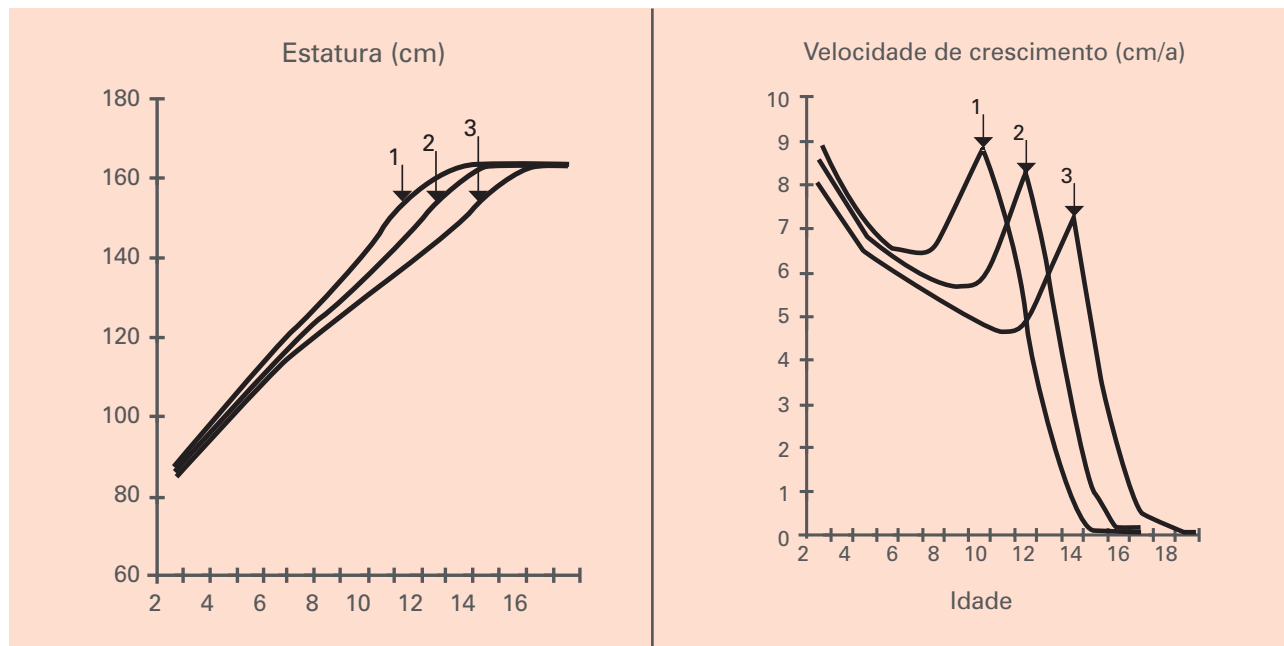


Figura 1. Extremos do intervalo de normalidade<sup>8</sup>.

Esses comportamentos são normais, no entanto, podem confundir o profissional não familiarizado.

A sequência de eventos que caracterizam o desenvolvimento puberal encontra-se descrita a seguir, ocorrendo nessa cronologia na maioria das vezes:

**Estirão do crescimento** — Caracterizado pelo desenvolvimento somático que ocorre dois anos mais cedo nas meninas, porém o pico de velocidade de crescimento (VC) é menor, o que leva à diferença de aproximadamente 13 cm entre a estatura final do adulto jovem do sexo masculino e do sexo feminino. Depende da ação conjunta do hormônio do crescimento, IGF1, tiroxina, cortisol, insulina, melatonina, andrógenos, estrógenos, TSH, ACTH, FSH, LH, prolactina e vasopressina. A estatura final do indivíduo é fortemente determinada pela estatura dos pais, portanto, pais de baixa estatura tendem a ter filhos também de baixa estatura. No caso de ambos os pais serem baixos, a expectativa é de que o filho seja de estatura menor que o pai e a filha de menor estatura que a mãe. No entanto, acontecem também casos de pais baixos que têm filhos altos, mostrando que o aspecto genético não é único determinante no crescimento. A estimativa do alvo genético segue a regra:

Meninas: estatura materna + (estatura paterna – 13) dividido por 2 ± 9 cm.

Meninos: estatura paterna + (estatura materna + 13) dividido por 2 ± 10 cm.

Durante o estirão ocorre ganho de peso, com alteração importante no percentual de gordura corporal. O pico de crescimento ocorre um ano antes da menarca e, quando essa ocorre, a VC está em decréscimo. Após a menarca, a menina ainda cresce em média 7,5 cm, podendo variar de 3 a 17 cm<sup>1,12,13</sup>.

**Telarca** — Desenvolvimento da mama feminina, que se inicia com o aparecimento do broto mamário por volta de dois anos antes da menarca. A cronologia de desenvolvimento foi bem estudada por Tanner<sup>14</sup>, a partir do exame clínico, sendo ainda bastante usada no acompanhamento da puberdade.

**Estágio M1** — Mamas pré-púberes, com elevação somente da papila.

**Estágio M2** — Aparecimento do broto mamário. Em nosso meio, ocorre em média aos 9,7 anos<sup>15</sup>. Mama e mamilo mais salientes com maior diâmetro areolar.

**Estágio M3** — Pequena mama púberes, mama e aréola continuam aumentando, sem delimitar seus contornos.

**Estágio M4** — Aréola e mamilo estão mais aumentados e formam saliência secundária na mama. Algumas meninas podem pular essa fase e outras persistem nela por anos.

**Estágio M5** — Aréola volta ao contorno da mama. Saliência apenas da papila. Mama típica da adulta, com suave contorno arredondado (Figura 2)<sup>14</sup>.

**Pubarca** — Caracteriza-se pelo aparecimento dos pelos pubianos seguidos dos axilares. Ocorre em média aos 9,7 anos, variando de 8 a 13 anos. O aumento da secreção das glândulas sebáceas confere à adolescente odor peculiar, além do surgimento de acne. Também se utiliza a classificação descrita por Tanner:

**Estágio P1** — Ausência de pelos pubianos.

**Estágio P2** — Pelos com distribuição esparsa, longos e finos.

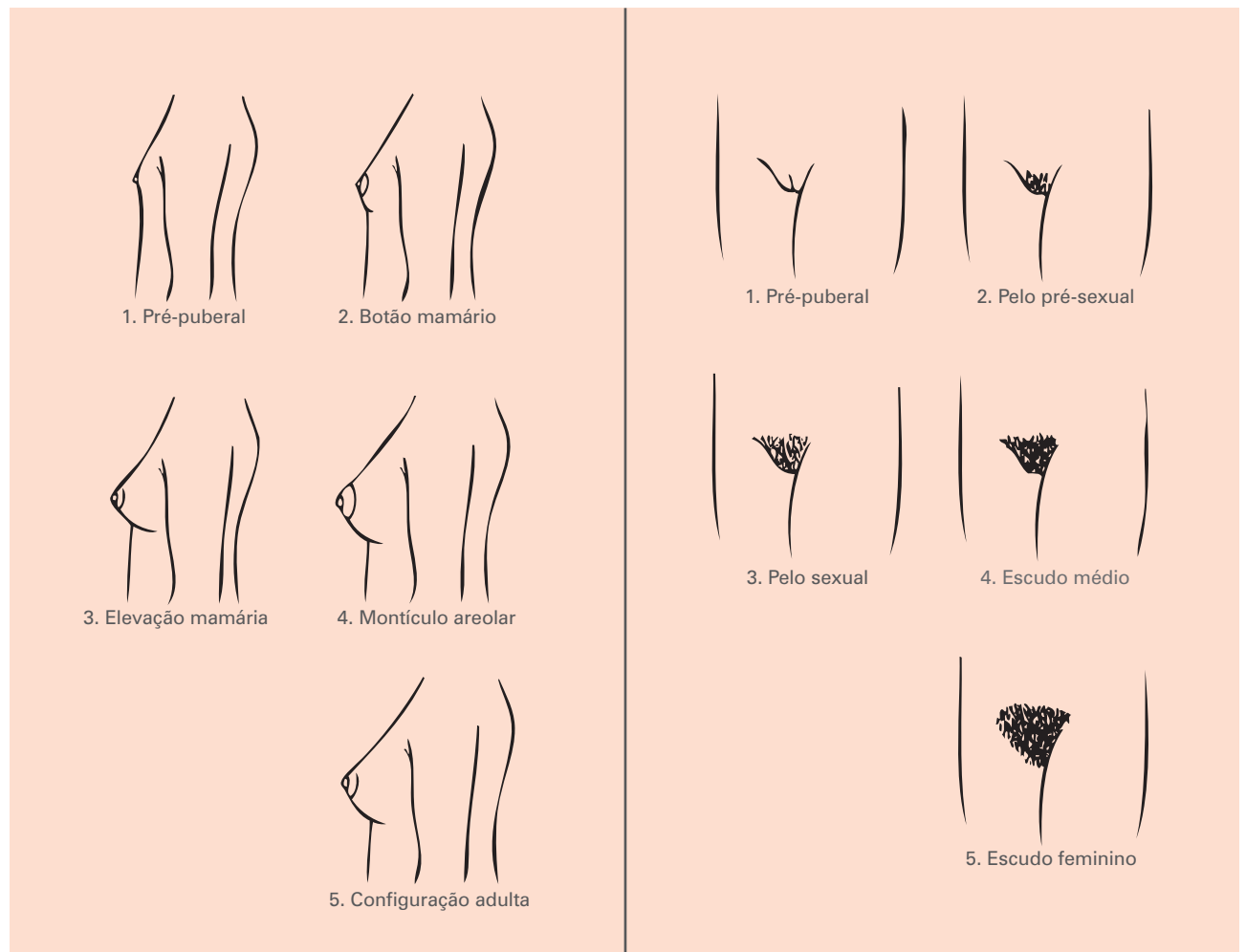
**Estágio P3** — Pelos se estendem sobre a sínfise púbica e são mais escuros, grossos e mais encaracolados.

**Estágio P4** — Pelos de aspecto adulto, mas cobrem uma área menor do que em adultas, não se estendem para a superfície medial das coxas.

**Estágio P5** — Pelos distribuídos em forma de triângulo invertido, estendendo-se para a face medial das coxas (Figura 2)<sup>14</sup>.

**Menarca** — Fenômeno mais marcante da puberdade. A idade de ocorrência é influenciada por vários fatores, dentre os quais os que se relacionam com a melhoria nas condições de vida e saúde. Atualmente se encontra estável, com média de 12,2 anos, podendo variar dos 9 aos 16 anos<sup>15</sup>. O tempo médio decorrido entre o aparecimento do broto mamário e a menarca é de dois a três anos. Geralmente ocorre após o pico do crescimento ponderal, com IO  $\geq 13$  anos, mamas e pelos no estágio 4 de Tanner.

O ritmo evolutivo das características puberais é importante na avaliação do desenvolvimento puberal, sendo de um ano, em média, o intervalo entre dois estágios puberais. Intervalos inferiores a seis meses devem ser considerados anormais<sup>6,14</sup>.



**Figura 2.** Classificação de Tanner para mamas e pelos pubianos.

Deve-se ressaltar que sinais puberais isolados (pubarca ou telarca) podem estar presentes sem que haja associação com o aumento significativo da VC ou da IO, caracterizando variantes incompletas idiopáticas, como a adrenarca e a telarca prematuras. Nesses casos, não há indicação de tratamento, pois não ocorre comprometimento da estatura final. No entanto, nos casos de adrenarca prematura deve-se investigar a possibilidade de forma tardia de hiperplasia adrenal congênita e associação com resistência insulínica, a qual poderá, na vida adulta, fazer parte da síndrome metabólica, quadro complexo englobando hirsutismo, obesidade, hipertensão arterial e diabetes melito tipo 2<sup>8,16</sup>.

O crescimento biológico e a maturidade da criança não necessariamente prosseguem em comum acordo com o calendário do tempo ou sua idade cronológica. Por isso, duas crianças do mesmo sexo que estejam na mesma idade cronológica não necessariamente estarão no mesmo nível da maturidade biológica<sup>1</sup>.

Quando comparadas às crianças com RCCP, as crianças com ACCP também desenvolvem a puberdade num período mais longo e possuem maior VC durante o estirão puberal, compensando possível prejuízo sobre a estatura final, exercido pela antecipação constitucional da puberdade e pelo avanço da IO. Os principais critérios para distinguir a ACCP da puberdade precoce central são: nesta última, o avanço da IO é desproporcionalmente maior que o aumento da VC, promovendo o fechamento prematuro da cartilagem de conjugação e perda na estatura final, enquanto na ACCP o avanço da IO e da VC são proporcionais<sup>8,17</sup>.

As medidas da maturidade variam de acordo com o sistema biológico utilizado, sendo os indicadores de maturidade mais usados no estudo do crescimento: maturidade óssea, maturidade sexual e maturidade somática.

## MEDIDAS DE MATURIDADE ÓSSEA

A maturidade óssea, talvez, seja o melhor método para medida da idade biológica. O esqueleto é um indicador ideal de maturidade porque seu desenvolvimento abrange o período inteiro do crescimento. O progresso da maturidade do esqueleto pode ser monitorado com segurança e o uso prudente do raio X, sendo utilizados os ossos da mão e do punho esquerdos como melhores indicadores (a avaliação das duas mãos, como frequentemente ocorre, aumenta muito a possibilidade de avaliação equivocada)<sup>1</sup>.

Existem dois métodos frequentemente usados: de Greulich-Pyle e de Tanner-Whitehouse<sup>1,18</sup>. A IO é expressa em relação à idade cronológica da criança e, por isso, pode ser comparada. Na atividade clínica, determina-se o número de desvios-padrão da IO em relação à idade cronológica, aceitando-se dois desvios-padrão, para mais ou menos, para se considerar, respectivamente, atraso ou adiantamento da IO. É importante

chamar a atenção para o seguinte aspecto: se duas crianças com a mesma idade cronológica e mesma estatura apresentam idades ósseas diferentes, por exemplo, uma com um ano a mais e outra com um ano a menos, isso significa que a que apresentar a IO atrasada irá iniciar a puberdade mais tarde e que terá maior possibilidade de atingir a idade adulta com maior altura<sup>1,8</sup>.

Obesidade, hipertireoidismo e uso de hormônios sexuais adiantam a IO, mas a maioria das doenças a atrasa. Doenças crônicas (como cardiopatias, nefropatias), desnutrição, deficiência de GH e hipotireoidismo são doenças que podem causar grandes atrasos da IO<sup>1</sup>.

## MEDIDAS DA MATURIDADE SEXUAL

A medida da maturidade sexual é baseada no desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, isto é, desenvolvimento da mama e menarca na menina, desenvolvimento do pênis e genitais no menino e pelo pubiano em ambos os sexos. Esses indicadores têm limitada aplicabilidade em relação aos da IO, porque somente pode ser monitorado durante a adolescência.

As seguintes situações devem ser investigadas pelo ginecologista ou encaminhadas para o endocrinologista:

- Adolescente do sexo feminino que não apresenta sinais de puberdade (broto mamário ou pelos pubianos) aos 13 anos de idade.
- Adolescente do sexo feminino que não apresenta menarca aos 15 anos, dependendo da época de início da puberdade (a adolescente que iniciou puberdade tardiamente terá sua menarca mais tarde do que a média).

## MEDIDAS DA MATURIDADE SOMÁTICA

O uso das medidas corporais como indicadores de maturidade requerem medidas longitudinais. O estirão do crescimento (pique máximo da VC) é o indicador mais frequentemente utilizado pela maturidade somática em estudos longitudinais durante a adolescência. Essas medidas também podem servir como indicadores nessa fase da velocidade máxima de crescimento, o crescimento do comprimento das pernas (membros inferiores), da altura sentado (comprimento do tronco), largura biacromial (ombro), bicristal (quadril) e força muscular. Tais dados só são viáveis com estudos longitudinais durante o crescimento<sup>18,19</sup>.

O estirão do crescimento puberal, em geral, acontece mais cedo nas meninas. Em muitas vezes, é o primeiro fenômeno identificado no desenvolvimento puberal, sendo dependente da ação conjunta do hormônio do crescimento, dos estrogênios e do IGF-1<sup>8,18,19</sup>. A redução do IGF-1 e a concomitante elevação da IGFBP-3 podem reduzir a fração biologicamente ativa do IGF-1 e estarem relacionadas à baixa VC<sup>8</sup>.

## PROGRESSO OU RITMO OU VELOCIDADE DO CRESCIMENTO

O ritmo do crescimento, ou a VC (cm/ano ou kg/ano), é representado pela curva de velocidade e, para isso, são necessários dados longitudinais, não podendo ser avaliado em uma única consulta. Em crescimento, isso se traduz em altura ganha em determinado período.

O ritmo no crescimento da estatura (altura) e peso (massa) difere durante a infância. A criança cresce em média 25 cm no primeiro ano de vida, 10 cm no segundo, a partir daí, cresce entre 5 e 7 cm por ano até o início da puberdade, quando a VC torna a aumentar, atingindo pico médio de 9 cm/ano para a menina e 10 cm/ano para o menino. Consequentemente, a puberdade é a fase da vida em que o indivíduo mais cresce, excetuando-se o primeiro ano de vida.

O crescimento do peso, por outro lado, acontece de forma mais lenta, mas constante, exceto na fase final pré-puberal. Durante o estirão da adolescência, o ritmo do crescimento estatural e o peso aumentam. O crescimento rápido ocorre na fase inicial do estirão da puberdade, entre os estágios 2 e 3 de Tanner, sobretudo à custa das extremidades inferiores (coxas e pernas) e, mais tarde, durante a adolescência, cresce o tronco<sup>14</sup>. Por esse motivo, as meninas têm pernas ligeiramente mais longas do que os meninos no período inicial da puberdade. Há estirão não concomitante, em todos os segmentos do corpo, no sentido distal proximal; assim sendo, o segmento que primeiro entra em estirão é o pé, que para de crescer também em primeiro lugar. A menarca coincide com a fase de desaceleração do crescimento e com o estágio 4 de Tanner.

O atraso do crescimento, ou da iniciação da puberdade, é muitas vezes problemático para a adolescente, pois gera comparações e segregação no grupo de amigos. Quanto mais próximo da fase inicial da maturação sexual, independentemente de sua idade cronológica, mais chance ela terá de crescer.

## A IDADE DO INÍCIO DA PUBERDADE CONTINUA ALTERANDO-SE?

Durante o século XX houve tendência de queda na idade da maturação sexual e da menarca, como foi mostrado em estudos que acompanharam meninas em países industrializados<sup>20,21</sup>. Além disso, os dados parecem suficientes para sugerir que a tendência secular observada anteriormente para o início da telarca e da menarca entre 1940 e 1994 pode estar relacionada com fatores ambientais, como perturbações do sistema endócrino (particularmente mimetizadores do estrogênio e antiandrogênios), bem como ao aumento da gordura corporal<sup>22</sup>. A melhora das condições de saúde e nutrição também parecem ter tido influência nessa diminuição<sup>23</sup>.

De acordo com Tanner (1962), a idade média da menarca caiu de 17 para 12,8 anos entre o período de 1830 a 1962. A taxa de declínio foi de quatro meses por década. Tanner também relatou diminuição da idade do início do estirão do crescimento<sup>14</sup>. A tendência parece ter parado, estando a idade média da menarca nos dias atuais estável entre 12,2<sup>24</sup> e 12,8 anos<sup>14</sup>. O tempo médio entre o aparecimento do broto mamário e a menarca é de dois a três anos. Geralmente a menarca ocorre após o pico do crescimento ponderal, com IO  $\geq$  13 anos e com desenvolvimento no estágio 4 de Tanner<sup>23</sup>.

Estudos realizados nos últimos dez anos na Espanha, nos Estados Unidos e na Grécia mostraram que meninas que tinham o começo do amadurecimento sexual mais cedo apresentavam atraso compensatório na progressão da puberdade, o que poderia explicar a correlação moderada entre o início da puberdade e a idade da menarca<sup>25,26</sup>.

Papadimitriou *et al.*<sup>27</sup> mostraram que o início da puberdade em meninas não segue uma distribuição normal, ou seja, a distribuição é enviesada para a esquerda, o que significa que mais meninas iniciam a puberdade mais cedo do que tarde, porém o aparecimento precoce dos caracteres sexuais (entre 7 e 8 anos) não implica diretamente idade precoce da menarca, já que é comum, nesses casos, ter evolução lenta da puberdade até a idade da menarca<sup>27</sup>.

Estudo desenvolvido no Setor de Ginecologia para Adolescentes do Hospital Federal Cardoso Fontes (RJ) de 1993 a 2010 avaliou a idade média de telarca, pubarca e menarca de 2.829 adolescentes, ano a ano, a partir do início do funcionamento do ambulatório. A idade média dos eventos puberais manteve-se estável ao longo dos últimos 18 anos, não sofrendo modificação em nenhum dos parâmetros avaliados<sup>28</sup>.

É fundamental que o ginecologista infanto-puberal tenha conhecimento desses conceitos a respeito do crescimento e do desenvolvimento da criança e da adolescente para que com o olhar crítico consiga diferenciar os casos de variação normal dos que necessitam de propedêutica e terapêutica específicas, possibilitando melhor condução das patologias próprias dessa faixa etária, além de proporcionar tranquilização e orientação à família.

## REFERÊNCIAS

1. Zeferino AMB, Barros F<sup>o</sup> AA, Bettiol H e Barbieri MA. Acompanhamento do crescimento. *Jornal de Pediatria*. 2003;79(1):23-32.
2. WHO. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization, 1998.
3. Oerter KE, Uriarte MM, Rose SR, Barnes KM, Cutler Jr. GB. Gonadotropin secretory dynamics during puberty in normal girls and boys. *J Clin Endocrinol Metab*. 1990;71:1251-8.
4. Tanner JM. Standards of normal growth. In: Tanner JM. *Foetus into man*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1990. p.178-221.
5. Calliari LEP, Monte O, Longui CA. Retardo puberal. In: Coates V, Franço LA, Beznos GW. *Medicina do Adolescente*. 1.ed. São Paulo: Sarvier, 1993. p 271-7.
6. Damiani D. Diagnóstico Laboratorial da Puberdade Precoce. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2002;46(1):85-90.



7. Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child.* 1969;44:291-303.
8. Monte O, Longui CA, Calliari LEP. Puberdade Precoce: Dilemas no Diagnóstico e Tratamento. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2001;45(4):321-30.
9. Kaplowitz PB, Oberfield SE. Reexamination of the age limit for defining when puberty is precocious in girls in the United States: implications for evaluation and treatment. Drug and therapeutics and executive committees of the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. *Pediatrics.* 1999;104:936-41.
10. Herman-Giddens ME, Slora EJ, Wasserman RC, Bourdony CJ, Bhapkar MV, Koch GG, Hasemeier CM. Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: a study from the Pediatric Research in Office Settings network. *Pediatrics.* 1997;99(4):505-12.
11. Midyett LK, Moore WV, Jacobson JD. Are pubertal changes in girls before age 8 benign? *Pediatrics.* 2003;111(1):47-51.
12. Fried RI, Smith EE. Postmenarcheal growth patterns. *Pediatrics.* 1962;61:562-5.
13. Tanner JM. The use and abuse of growth standards. In: Falkner F, Tanner JM (Eds.). *Human Growth.* v.3. 2.ed. New York: Plenum, 1986. p.95-112.
14. Tanner JM. *Growth at adolescence.* 2.ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1962.
15. Colli AS, Coates V, Guimarães BEM. Monitorização do crescimento e desenvolvimento físico. In: Coates V, Françoso LA, Beznos GW. *Medicina do Adolescente.* 1.ed. São Paulo: Sarvier, 1993. p.51-8.
16. Pathomvanich A, Merke D, Chrousos GP. Early puberty: a cautionary tale. *Pediatrics.* 2000;105:115-6.
17. Borges JBR, Borges TG, Guarisi R, Borges PCG. Puberdade precoce central: revisão atual e aspectos relevantes. *Revista da Sogia.* 2006;7(2):7-13.
18. Tanner JM, Whitehouse RH. Clinical longitudinal standards for height, weight, height velocity, weight velocity, and stages of puberty. *Arch Dis Child.* 1976;51:170-9.
19. Malina RM, Bouchard C. Growth, maturation, and physical activity. Champaign: Human Kinetics Books, 1991.
20. Rees M. Menarche when and why? *Lancet.* 1993;342:1375-6.
21. Olesen AW, Jeune B, Boldsen JL. A continuous decline in menarcheal age in Denmark. *Ann Hum Biol.* 2000;27:377-86.
22. Euling SY, Selevan SG, Pescovitz OH, Skakkebaek NE. Role of environmental factors in the timing of puberty. *Pediatrics.* 2008;121:S167-S171.
23. Marinho MVFW. Desenvolvimento e Crescimento. In: Magalhães MLC, Reis JTL. *Ginecologia infantojuvenil: diagnóstico e tratamento.* Rio de Janeiro: Medbook, 2007. p.17-25.
24. Talashek ML, Montgomery AC, Moran C, Paskiewicz L, Jiang Y. Menarche, sexual practices, and pregnancy: model testing. *Clin Excell Nurse Pract.* 2000;4(2):98-107.
25. Marti-Henneberg C, Vizmanos B. The duration of puberty in girls is related to the timing of its onset. *J Pediatr.* 1997;131:618-21.
26. Biro FM, McMahon RP, Striegel-Moore R, Crawford P, Obarzanek E, Barton BA, Falkner F. Impact of timing of pubertal maturation on growth in black and white female adolescents the NHLBI Growth and Health Study. *J Pediatr.* 2001;138:636-43.
27. Papadimitriou A, Pantiotou S, Douros K, Papadimitriou DT, Nicolaidou P, Fretzayas A. Timing of Pubertal Onset in Girls: Evidence for Non-Gaussian Distribution. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93(11):4422-5.
28. Monteiro DLM, Machado PM, Torres DP, Reis IB, Leal JAM, Damasceno ABA, Mesquita NLC. A idade da puberdade vem se alterando com o passar dos anos? Anais do XI Congresso Brasileiro de Obstetria e Ginecologia da Infância e Adolescência. P01. Brasília, DF, agosto 2010.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Denise Leite Maia Monteiro

E-mail: [denimonteiro2@yahoo.com.br](mailto:denimonteiro2@yahoo.com.br)

## TITULAÇÕES

1. Doutorado e mestrado em Ciências, área da Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira (Fundação Oswaldo Cruz — Fiocruz), professora titular do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso), professora adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ), delegada da SOGIA-BR no Rio de Janeiro.
2. Discentes do curso de Graduação de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso).

# SIRINGOMA ÉCRINO EM VULVA DE MENINA DE 8 ANOS

## VULVAR SYRINGOMA IN A 8-YEAR OLD CHILD

GUILHERME ILHA DE MATTOS<sup>1</sup> . CAROLINE ECKERDT SCHROER<sup>1</sup> . KIELE PATO HOFFMANN<sup>1</sup> . MARCELINO E. H. POLI<sup>2</sup>

### RESUMO

O trabalho relata um caso de siringoma écrino comprometendo a vulva de uma menina de 8 anos de idade, atendida no Setor de Ginecologia Infantopuberal do Serviço de Ginecologia do Hospital S. Lucas da PUCRS, em 2010.

Trata-se de uma patologia relativamente comum para os dermatologistas, mas a localização na vulva é rara e presta-se a confusões com outras afecções como líquen estriado, grânulos de Fordyce e molusco contagioso. Nessa localização costuma produzir prurido intenso. Sua etiopatogenia não está bem estabelecida e o tratamento preconizado é a destruição das lesões.

**Palavras-chave:** Siringoma; vulva; prurido vulvar, menina.

### ABSTRACT

*This report presents a case of Syringoma in the vulva of a 8 years old child that was assisted in the St. Lucas Hospital of PUCRS, this year.*

*The Syringoma is a relatively common pathology for the dermatologists, but the vulvar location is rare and may be subtle for some confusion with other pathologies like lichen striatum, Fordyce granules and molluscum contagiosum. In the vulvar location is usual to produce intense itch. Its etiopathogeny is not completely clear and the treatment is mainly done by destruction of the lesions.*

**Keywords:** *Syringoma; vulva; vulvar itch, female child.*

### INTRODUÇÃO

Pouco descritos na literatura, os siringomas são tumores benignos, de glândulas sudoríparas écrinas, comuns, cuja localização mais frequente é a região periorbitária. As lesões vulvares, que podem causar sintomas pruriginosos significativos e acabam sendo subdiagnosticadas, ou erroneamente diagnosticadas, são menos comuns. Neste relato, apresentamos o caso de uma menina de 8 anos de idade, em acompanhamento no Ambulatório de Ginecologia Infantopuberal do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), com prurido e lesões vulvares, cujo diagnóstico foi siringoma écrino.

### OBJETIVO

Descrever um caso clínico de uma patologia vulvar rara que pode suscitar dúvidas no diagnóstico diferencial e induzir tratamentos equivocados.

### RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, branca, com 8 anos de idade, trazida pela mãe ao Ambulatório de Ginecologia do Hospital São Lucas da PUCRS em razão de prurido vaginal. A criança tinha queixa de prurido vaginal e aparecimento de lesões vulvares havia três anos, aproximadamente, sem queixa de leucorreia ou sintomas urinários. Negava introdução de ob-

jetos, manipulação vaginal e abuso sexual. Já havia realizado vários tratamentos, com metronidazol por via oral, por dez dias; nistatina; e permanganato de potássio, diversas vezes, durante esses três anos, sem alívio nenhum. Paciente hígida, não fazia uso de qualquer medicação. Ao exame, a inspeção vulvar mostrava a presença de lesões papulares, em grande número, de diferentes tamanhos, variando de 1 mm a 4 mm, de coloração amarelada, espalhadas nos grandes lábios e na região adjacente (Figura 1). Foi solicitada avaliação pela dermatologia, que, ao fazê-lo, não soube precisar o diagnóstico, sugerindo, como hipóteses diagnósticas, líquen estriado, grânulos de Fordyce e molusco contagioso. Foi indicada uma biópsia das lesões, para elucidação. Esta foi realizada com *punch*, em bloco cirúrgico e com sedação. O exame anatomopatológico mostrou: macroscopia — pastilha de pele medindo 0,3 cm de diâmetro; microscopia, diagnóstico — siringoma écrino. O tratamento indicado seria de ressecção ou cauterização das lesões. A equipe optou por tratamento conservador, por se tratarem de lesões benignas, pela idade da paciente e para evitar cicatrizes na vulva, o que poderia comprometer a pilificação da região comprometida. Foi prescrito, então, creme de corticoide, para aliviar o prurido vulvar. A paciente ficou de retornar a cada três meses para reavaliações.



Figura 1.

## DISCUSSÃO

A revisão da literatura médica concernente com essa patologia é pobre. Siringomas são neoplasias benignas, derivadas do acrossiringio écrino, que mais comumente ocorre na pálpebra inferior e na região malar superior. Menos comumente, envolvem lábios, axilas, mãos e pés, nádegas, regiões abdominal e coxas. Raramente se desenvolvem na vulva.

Apresentam-se tipicamente como múltiplas lesões papulares, com cor de pele ou amareladas. Na vulva, são simetricamente circundantes aos grandes lábios, com 1 a 2 milímetros<sup>1</sup>. Há relatos de lesões solitárias<sup>2</sup>.

Como são incomuns na vulva, geralmente são subdiagnosticados. Constituem causa de prurido vulvar em meninas pré-púberes e adolescentes. Os sintomas podem ser intensos e causar bastante desconforto. Daí ser importante que a paciente seja bem avaliada e receba o tratamento correto, especialmente visando ao alívio dos sintomas. O prognóstico, em longo prazo, ainda não é bem definido.

As pacientes com lesões na vulva são trazidas ao consultório médico em razão de sintomatologia associada, contrariamente ao que acontece em pacientes com lesões em outras localizações, com queixas estéticas. O prurido intenso, principal sintoma, é exacerbado por calor e suor<sup>3</sup>.

A maioria das pacientes com siringoma vulvar não apresenta história familiar, em qualquer localização. Entretanto, em estudo com 18 pacientes Huang *et al.* observaram quatro pacientes com familiares com siringoma<sup>3</sup>, e, de modo interessante, todos apresentavam envolvimento simultâneo em vulva, região periorbital e bochechas.

Há uma hipótese de influência hormonal para os siringomas, em qualquer localização anatômica.

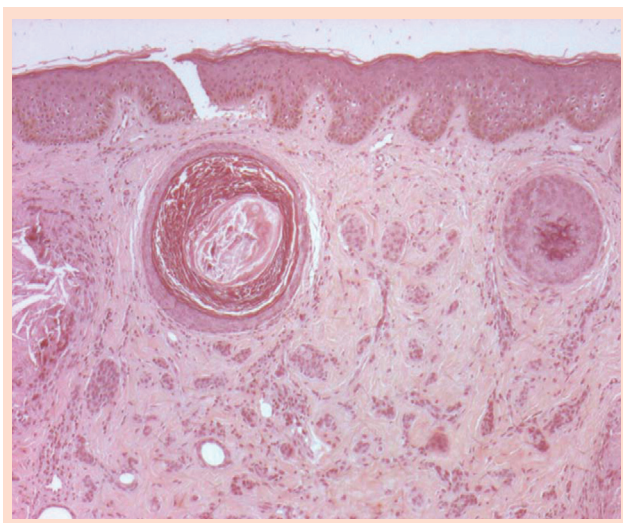
Os sintomas pruriginosos geralmente iniciam com a puberdade, ou pouco antes dela, mais comumente entre os 5 e 12 anos de idade<sup>1,4</sup>. Em algumas pacientes, os sintomas se agravam com a gestação<sup>5</sup> ou a menstruação<sup>3</sup>.

Os estudos feitos para demonstrar a presença de receptores de estrogênio e progesterona levaram a resultados variados. Recentemente, Timpanidis *et al.*<sup>6</sup> demonstraram positividade para receptores de progesterona em uma paciente com siringoma extragenital, e Yorganci *et al.*<sup>7</sup> reportaram um caso de siringoma vulvar com positividade para tal. Entretanto, a validade desses achados permanece incerta.

O diagnóstico diferencial deve incluir milia, calcinose cutânea distrófica, cistos e xantomas, porém tais patologias costumam não ocorrer em região vulvar e ser assintomáticas. A doença de Fox-Fordyce deve ser lembrada, pois apresenta-se por erupção papular, pruriginosa, em axilas e área púbica, de forma crônica, que se desenvolve durante a adolescência, tipicamente em meninas; as lesões solitárias podem ser pápulas perifoliculares, cuja biópsia demonstra patologia apócrina e não écrina. A presença de liqueificação, secundária à coçadura crônica, pode tornar o diagnóstico do siringoma vulvar difícil ou gerar confusão com líquen simples crônico.

Outras condições pruriginosas como candidíase, dermatite de contato, líquen escleroso e atrófico podem ser diferenciadas pela história, pelo exame físico<sup>1</sup> ou pela biópsia.

Ao exame histopatológico, os siringomas apresentam numerosos ductos alinhados em duas camadas de células epiteliais que podem se estender para formar uma cauda virgulada, classicamente descrita como semelhante a um girino. O lúmen contém *debris* amorfos e pode mimetizar milia perto da epiderme, com pequenos cistos repletos de queratina (Figura 2). Filamentos sólidos de células epiteliais basofílicas estão presentes em um estroma fibroso<sup>1,8</sup>.



**Figura 2.**

O tratamento inclui aplicação de agentes corticosteroides tópicos, não fluorados, porém apenas a minoria das pacientes alcança controle adequado do prurido, seja com ou sem anti-histamínicos sistêmicos associados<sup>3,4</sup>. Além disso, pode ser realizada excisão cirúrgica, crioterapia<sup>9</sup> e eletrocirurgia<sup>1</sup>.

A terapia com *laser*, especificamente com dióxido de carbono, argônio fosfatotetaniipotássio, tem sido usada, mas com resultados variáveis. Atropina tópica e tretinoína podem produzir sucesso terapêutico e alívio do prurido<sup>10</sup>.

O prognóstico, em longo prazo, ainda não está bem definido<sup>1</sup>.

## CONCLUSÃO

A apresentação de um caso raro de patologia vulvar (siringoma écrino) em criança com uma revisão sucinta da literatura concernente chama a atenção para sua existência e colabora com a elaboração do diagnóstico diferencial quando o médico estiver diante de tais casos.

## REFERÊNCIAS

- Garman M, Metry D. Vulvar Syringoma in a 9-year old Child with Review of the Literature. *Ped Dermatol*. 2006;23:369-72.
- Miranda JJ, Shahabi S, Salih S, Bahtiyar OM. Vulvar syringoma, report of a case and review of the literature. *Yale J Biol Med*. 2002;75:207-10.
- Huang YH, Chuang YH, Kuo TT, Yang LC, Hong HS. Vulvar syringoma: a clinicopathologic and immunohisologic study of 18 patients and results of treatment. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48:735-9.
- Scherbenske JM, Lupton GP, James WD, Kirkle DB. Vulvar syringomas occurring in a 9-year old child. *J Am Acad Dermatol*. 1988;19:575-7.
- Bal N, Aslan E, Kayaselcuk F, Tarim E, Tuncer I. Vulvar syringoma aggravated by pregnancy. *Pathol Oncol Res*. 2003;9:196-7.
- Timpanidis PC, Lakhani SR, Groves RW. Progesterone receptor-positive eruptive syringoma associates with diabetes. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48:S103-S104.
- Yorganci A, Kale A, Dunder I, Ensari A, Sertcelik A. Vulvar syringoma showing progesterone receptor positivity. *BJOG*. 2000;107:292-4.
- Elder D, Elenitsas R, Ragsdale B. Tumors of the epidermal appendages. In: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B (Eds.). *Lever's histopathology of the skin*. Philadelphia: Raven Publishers, 1997.
- Tay YK, Tham SN, Teo R. Localized vulvar syringomas: An unusual cause of pruritus vulvae. *Dermatology*. 1996;192:62-3.
- Gómez MI, Pérez B, Azaña JM, Núñez M, Ledo A. Eruptive Syringoma: Treatment with topical Tretinoin. *Dermatology*. 1994;189:105-6.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Marcelino E. H. Poli

E-mail: mepoli@terra.com.br

## TITULAÇÕES

- Médicos residentes do Departamento de Ginecologia e Obstétrica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).
- Professor adjunto de Ginecologia da PUCRS, mestre em Gerontologia Biomédica pela PUCRS, responsável pelo setor de Ginecologia Infanto-puberal do Serviço de Ginecologia da PUCRS.

## REGLAMENTO DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES

Para todas las presentaciones (orales y póster), se deberá enviar el resumen, conforme al formato solicitado a continuación, para su análisis, aceptación y clasificación por el Comité Científico.

No se aceptarán trabajos por fax.

### FECHA LIMITE DE PRESENTACIÓN: 1º DE OCTUBRE FORMATO DEL ABSTRACT

El resumen se debe limitar a una página papel tamaño A4 (21 cm x 29.7cm,- los márgenes superior, inferior, izquierdo y derecho deberán ser de 2.5 cms (1"pulgada) con aproximadamente 300 palabras, sin tablas, ni dibujos, ni gráficas.

Los abstracts serán presentados en idioma español, a espacio simple en letra Arial tipo 10, los mismos deberán ser enviados en archivos .doc (word 2003)

El resumen será publicado tal como se lo envía, sin correcciones de los organizadores.

Por favor, considere que si usted es la persona de contacto, recibirá toda la correspondencia y será responsable de notificar a todas las personas involucradas en su presentación.

El resumen debe contener:

Título, autores, institución, e-mail, teléfono, ciudad y país

Antecedentes

Objetivo de Estudio

Material y Método (o informe del caso)

Resultados

Discusión

Conclusiones

Palabras Claves

El título debe ser escrito en mayúscula y negrita, en otra línea apellido e iniciales de autor/es en mayúsculas, luego el nombre de la(s) institución(es), ciudad y país. Subrayar el nombre del presentador del trabajo. Dejar una línea en blanco antes de comenzar a escribir el texto. Detallar las palabras claves

Los Resúmenes deben ser enviados conjuntamente con el formulario de inscripción y pago de al menos uno de los autores. Se considerarán únicamente los trabajos científicos acompañados de la inscripción, la cual facultará a presentar uno ó más trabajos científicos.

**Los resúmenes serán evaluados por el Comité Científico, que tendrá la facultad de solicitar las modificaciones necesarias para su presentación.**

**NO SE CONSIDERARÁN TRABAJOS QUE NO SE AJUSTEN A ESTE REGLAMENTO.**

#### EVALUACIÓN Y CLASIFICACIÓN

**El comité Científico tendrá la facultad de decidir que trabajos serán presentados como oral y cuales como póster**

#### POSTERS

Los trabajos completos desarrollando el contenido de los Posters también se podrán presentar para incluir en el CD, siguiendo las mismas instrucciones. Se deberán traer los Posters al Congreso directamente y se colocarán en el panel asignado en el primer día según indicación del personal de "Recepción de Posters". Se indicará a los autores el panel respectivo donde colocar su poster de acuerdo al número de referencia asignado cuando lo presentó. El tamaño de los posters deberá ser de 0.90 mtrs x 1.20 mtrs de altura. Se deberá utilizar cinta de doble faz para pegar los posters al panel. Se asignará día y hora de presentación de posters en el programa de acuerdo a las áreas temáticas y será informado por la Secretaría. El autor podrá indicar en una nota junto a su poster otro día y horario además del indicado por la Secretaría, en el que también estará presente junto al poster para responder a preguntas de los interesados. Ni el Comité Organizador del 1er. Congreso Latinoamericano de Endocrinología Ginecológica, ni la Secretaría del Congreso, ni el Hotel NH Columbia, serán responsables por posters faltantes durante el Congreso o porque no fueron recogidos luego de la finalización del mismo. El autor deberá firmar una nota al respecto a la presentación de su poster en el Congreso.

Los presentadores serán responsables de instalar y retirar sus posters en los horarios y fechas designados. Los organizadores no se hacen responsables de daños o pérdida de materiales.

#### ORALES

Los trabajos libres escogidos como oral serán presentados con tiempo de 10 minutos seguidos de 5 minutos de discusión.

El Secretario de la Sesión será estricto con los controles de tiempo.

Los slides o presentaciones de powerpoint deberán ser previamente probados en la Sala de Pruebas del Servicio de Apoyo Audiovisual con por lo menos medio día antes del tiempo asignado para su presentación.

#### ENVÍO DE RESÚMENES

Los resúmenes deberán ser enviados en formato Word 2003 (.doc) a [tlaleg2010@gmail.com](mailto:tlaleg2010@gmail.com) indefectiblemente antes del 10 de octubre.

## CURSO CUATRIMESTRAL SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Córdoba.  
 Capítulo de Salud Sexual y Reproductiva.  
 Asociación Médica Argentina de Anticoncepción A.M.A.D.A.  
 Delegación Córdoba.  
 Subsecretaría de Programas. Ministerio de Salud.  
 Programa Provincial Maternidad y Paternidad Responsable.  
 Directores: Dra. Beatriz Fernández. Dra. Sara Ochoa.  
 Coordinador: Dr. Héctor Gorostiaga.  
 Coordinadores Talleres: Dra. María Virginia Ruiz. Dra. Zulma Peralta.  
 Secretarios: Dr. Guillermo Domínguez. Dra. Analía Urioste

**Destinado a:** Profesionales del equipo de salud interesados en actualizar conceptos sobre salud sexual y reproductiva

Objetivos:

- Actualizar los conocimientos en los temas relacionados a salud sexual y reproductiva.
- Enfocar desde un abordaje integral las demandas de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Capacitar al equipo de salud para abordar las necesidades de los servicios.
- Desmitificar conceptos erróneos en anticoncepción que crean barreras en la implementación de los programas de salud sexual.

**Modalidad:** Presencial.

**Desarrollo:** 5 módulos con eje temático.

**1° Módulo** se desarrollará en el marco de l 76° Aniversario Congreso de Obstetricia y Ginecología de Córdoba. 8, 9 y 10 de Agosto.

**2°, 3°, 4° y 5° Módulo:** una vez por mes, los 4° viernes de Agosto, Septiembre, **Octubre y Noviembre de 2010**. De 9 hs. A 17 hs.

**Evaluación final.**

**Carga horaria:** 40 horas.

**Lugar:** 1° Modulo: Salón Hotel Sheraton. Ciudad de Córdoba.  
 2°, 3°, 4° y 5° Módulo: Salón Hotel Windsor. Ciudad de Córdoba.

## PROGRAMA

### 1° Módulo: 10 de Agosto

11,00 -11,30hs: **Conferencia:** Tratamiento de la hemorragia uterina anormal. Dr. Luis Bahamondes.

11,30-13 hs: **Simposio: "Actualización en Anticoncepción"**

Presidente: Dr. Ernesto Mercado Luna.

Coordinador: Dr. Enrique Lastreto.

Secretario: Dr. José Luis Acosta.

- Progestágenos: cual, como y cuando. Dr. Luis Bahamondes.
- Impacto de la anticoncepción en el metabolismo óseo. Dra. Inés de la Parra.
- Anticoncepción hormonal de emergencia. Dra. Eugenia Trumper.

Discutidores: Dr. Pedro Espinosa. Dra. Claudia Guerrero. Dra. María Eugenia Estario.

### 2° Modulo: Día 27 de agosto

9,00 hs Inscripción.

9,30 hs. Inauguración.

10,00- 10,30 hs.: Sexualidad y género. Lic. Gabriela Perrotta.

10,30 -11 hs.: Derechos sexuales y reproductivos. Lic. Gabriela Perrotta.

11,00-11,30 hs.: Intervalo

11,30-12,10 hs.: Abordaje de la consulta en anticoncepción.

Importancia de la Anticoncepción en APS. Dra. Analía Tablado.

12,10-13,00 hs.: Métodos anticonceptivos modernos. Dra. Analía Tablado.

13,00-14,00 hs.: Intervalo.

14,00-14,30 hs.: Historia de la anticoncepción. Leyes. Dr. Héctor Gorostiaga

14,30-15 hs: Educación sexual integral. Dra. Analía Tablado.

15,00-17,00 hs.: Taller: Género. Lic. Gabriela Perrotta. Dra. Analía Tablado. Dra. Sara Ochoa.

## PROGRAMA

**3° Módulo: Día 24 de septiembre**

9,00-9,30 hs.: Métodos de abstinencia periódica. Métodos de barrera. Dra. María Eugenia Escobar.  
 9,30-11,00 hs.: Anticoncepción hormonal. Mecanismo de acción. Consenso AMADA. Clasificación. Dra. Lucía Katabián.  
 11,00-11,30 hs.: Intervalo.  
 11,30 -12,10 hs.: Criterios de elegibilidad OMS. Dra. Lucía Katabián.  
 12,10-13,00 hs.: DIU/SIU. Mecanismo de acción. Consenso AMADA. Dra. María Eugenia Escobar.  
 13,00-14,00 hs.: Intervalo.  
 14,00 -15,00 hs.: Anticoncepción hormonal. Interacciones. Dra. Mónica Ñañez.  
 15,00 – 17,00 Hs.: Taller: Métodos anticonceptivos. Dr. Héctor Gorostiaga. Dr. Guillermo Domínguez.

**4° Módulo: Día 22 de Octubre**

9,00-9,40 hs.: Anticoncepción en adolescencia. Dra. Margarita Fuster.  
 9,40-10,20hs.: Anticoncepción en la perimenopausia. Dra. Stella Maris Silva.  
 10,40-11,10 hs.: Síndrome disfórico pre-menstrual. Dra. Marisa Labovsky.  
 11,10 -12,00 hs.: Intervalo  
 12,00-12,30 hs.: Anticoncepción y Síndrome de Ovario Poliquístico. Dra. Marisa Labovsky.  
 12,30-13,00 hs.: Anticoncepción quirúrgica. LT/Vasectomía. Dra. Stella Maris Silva.  
 13,00-14,00 hs.: Intervalo  
 14,00-15,00 hs.: Anticoncepción en situaciones especiales: S. metabólico. Coagulopatías. Dra. Marisa Labovsky.  
 15,00-17,00 hs.: Taller: Anticoncepción en diferentes etapas. Situaciones especiales. Casos Clínicos. Dra. María Virginia Ruiz. Dra. Zulma Peralta. Dr. Rolando Santos.

**5° Módulo: Día 26 de Noviembre**

9,00-9,50 hs.: Anticoncepción en situaciones especiales: Tromboembolismo, hipertensión arterial, cefaleas. Dra. Alejandra Martínez.  
 9,50-10,30 hs.: Anticoncepción en la lactancia. Dra. Carlota López Kaufman  
 10,30-11,00 hs.: Disminución de riesgos y daños (anticoncepción post aborto) Dra. Alejandra Martínez.  
 11,00-11,30 hs.: Intervalo.  
 11,30-13,00 hs.: Violencia contra la mujer. Protocolo de atención en violencia sexual. Dra. Carlota López Kaufman.  
 13,00-14,00 hs.: Intervalo  
 14,00-15,00 hs.: Programa Nacional de SSyR. Lic. Paula Ferro. Programa Provincial de SSyR. Dra. Beatriz Fernández  
 15,00-15,30 hs.: Mortalidad Materna. Dra. Zulma Peralta.  
 15,30-17,00 hs.: Evaluación final. Cierre.

## Congreso ALOGIA Chile 7 al 9 de Julio de 2011.

**Centro de Convenciones Hotel Sheraton. Santiago de Chile.**

**Comité organizador:** Presidenta: Pamela Oyarzun

**Secretaria:** Patricia Romero

**Comité científico (Local), por Alogia:**

Carolina Conejeros José Vidal Sáens

Ximena Luengo Roberto Sergio

Adela Montero María Mercedes Pérez

Paulina Merino

Oriana Carrasco

**Comité ejecutivo:**

Alejandra Cabellos

Carolina Gonzalez

Se pide colaboración de las "Sociedades madres" para el financiamiento, ya que Chile no puede asumir los costos de los delegados en su totalidad.

**OVARIAN CLUB***De Oocyte: from Basic Research to clinical practice***BARCELONA, SPAIN, NOVEMBER 3-6, 2011****TOPICS TO BE DISCUSSED****GENERAL ASPECTS**

Oocyte development from infancy to menopause  
 Oocyte development during the follicular phase: from GV to MII  
 Nutrition and oocyte quality  
 Oocyte and ovarian mitochondrial activity  
 The environment and the oocyte  
 Rate of oocyte development in vivo and in vitro -what are the brakes?  
 Stresses and the oocytes; oxidative, heat, chilling etc  
 Ovarian aging; oocytes age? it is the ovarian environment that ages and not the oocytes?  
 Different morphologic appearance of the oocyte  
 Relation between the oocyte and granulosa cells  
 Stresses and the oocytes; oxidative, heat, chilling etc  
 Control of atresia  
 Cumulus cells markers of oocyte competence  
 Role of NR5A1 and ovarian development  
 Regulation of primordial follicle activation (Comparison pre and postpubertal)

**OOCYTE QUALITY**

Can we test oocyte quality  
 Obesity and the egg

**GENETICS**

Genetic issue related to the oocyte; The FMR1 gene  
 Oocyte genomic integrity: incidence of aberrations and repair mechanisms  
 Selection of the competent oocyte by microarray gene expression  
 Differential gene expression in oocyte matured in vitro versus in vivo  
 X chromosome defects and ovarian function

**TREATMENT**

Excess dose of gonadotropins and the oocytes  
 Various stimulation protocols and the oocyte

What is the optimal number of eggs to be retrieved at IVF?  
 What is the optimum dose of hCG for trigger?  
 Use of Growth Hormone in ovarian stimulation protocols  
 Round table discussion: Intervention in premature ovarian failure - new strategies or a return to the past?  
 Various process of fertilization  
 In Vitro Maturation – current role in clinical practice  
 What does it mean poor responders?  
 The role of androgens in low responders  
 “Rejuvenating” ovarian function: DHEA? (Improves IVF outcomes, and reduces aneuploidy).  
 In vitro folliculogenesis  
 Assessment of ovarian reserve  
 Are PCO oocytes “inferior”  
 Autoimmunity and the ovary

**TREATMENT FOR CANCER**

Chemotherapy and radiation and the oocyte  
 Can we protect the oocyte from chemotherapy

**CRYOPRESERVATION**

Oocyte cryopreservation: slow cooling vs. vitrification  
 Freeze preservation of ovarian wedges for future reproductive and as an alternative to HT  
 How to handle an oocyte bank? - Donor Oocyte Cryo-Bank and Fertility Preservation Cryo-Bank  
 Molecular integrity of cryopreserved immature oocytes  
 GV stage oocyte cryopreservation  
 Freeze dried oocytes and “micro-cytoplasm”

**ETHICAL ISSUES**

Ethical issues of oocyte cryopreservation

[www.comtecmed.com/ovarianclub](http://www.comtecmed.com/ovarianclub)

[ovarianclub@comtecmed.com](mailto:ovarianclub@comtecmed.com)



## SOCIEDAD ARGENTINA DE GINECOLOGÍA INFANTO JUVENIL

### XVI CONGRESO INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA INFANTO JUVENIL

BUENOS AIRES, 18, 19 y 20 de NOVIEMBRE de 2010

**SEDE: PANAMERICANO BUENOS  
AIRES HOTEL & RESORT**

#### VALORES DE INSCRIPCION

Socios SAGI	\$ 300.- (cuota societaria al día)
NO Socios SAGIJ	\$ 500.-
Profesionales NO Médicos	\$ 150.-
Extranjeros	U\$ 150.-
Estudiantes Sin Cargo (con presentación de libreta o certificado)	

Informes: [www.sagij.org](http://www.sagij.org)

[sagij@sagij.org.ar](mailto:sagij@sagij.org.ar)

#### TEMAS RELACIONADOS A LA ADOLESCENCIA

ANTICONCEPCION

EMBARAZO

NUTRICION

MEDICINA ESTETICA

DIAGNOSTICO PRE NATAL

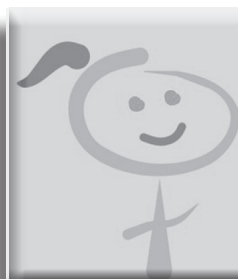
SEXUALIDAD

PATOLOGIA UROLOGICA

DEPORTE Y SALUD

VIOLENCIA

POBREZA Y INEQUIDAD



XI Congresso Brasileiro de  
Obstetrícia e Ginecologia  
da Infância e Adolescência  
11 a 14 de agosto de 2010  
Brasília - DF  
[www.congressosogia.org.br](http://www.congressosogia.org.br)

# Delegados da SOGIA-BR

## RIO GRANDE DO SUL

Liliane Herter [lherter@terra.com.br](mailto:lherter@terra.com.br)  
Marcelino H. Poli [mepoli@terra.com.br](mailto:mepoli@terra.com.br)  
Glênio Spinato [spinato@tpo.com.br](mailto:spinato@tpo.com.br)

## SANTA CATARINA

Fabiana Troian [fatroian@yahoo.com.br](mailto:fatroian@yahoo.com.br)  
Ivana Fernandes [ivanafernandes@hotmail.com](mailto:ivanafernandes@hotmail.com)

## PARANÁ

Fernando César de Oliveira Jr. [fernandocojr@yahoo.com.br](mailto:fernandocojr@yahoo.com.br)

## MATO GROSSO DO SUL

(67) 3384-2982 [tatianasc@terra.com.br](mailto:tatianasc@terra.com.br)

## DISTRITO FEDERAL

José Domingues Jr. [josedo@terra.com.br](mailto:josedo@terra.com.br)

## GOIÁS

Alessandra Arantes

## SÃO PAULO

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

## RIO DE JANEIRO

Denise Leite Maia Monteiro [denimonteiro2@yahoo.com.br](mailto:denimonteiro2@yahoo.com.br)  
Filomena Aste Silveira [femena@uol.com.br](mailto:femena@uol.com.br)  
Elaine Pires [elainepiresba@yahoo.com.br](mailto:elainepiresba@yahoo.com.br) / [elainepires@ig.com.br](mailto:elainepires@ig.com.br)

## ESPÍRITO SANTO

Ricardo Cristiano Rocha [ricardo.cristiano@yahoo.com.br](mailto:ricardo.cristiano@yahoo.com.br)

## MINAS GERAIS

João Tadeu Leite dos Reis [joaotadeu@seven.com.br](mailto:joaotadeu@seven.com.br)  
Claudia Lucia Barbosa Salomão [ginecoinfantopub@yahoo.com.br](mailto:ginecoinfantopub@yahoo.com.br)

## BAHIA

Cremilda Costa de Figueiredo [cremilda@svn.com.br](mailto:cremilda@svn.com.br)  
Márcia Cunha Machado [marciascmachado@uol.com.br](mailto:marciascmachado@uol.com.br)

## CEARÁ

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães [mariadelourdes@uol.com.br](mailto:mariadelourdes@uol.com.br)  
Sílvia de Melo Cunha [smel@oi.com.br](mailto:smel@oi.com.br)

## MARANHÃO

Erika Krogh [erikakrogh@yahoo.com.br](mailto:erikakrogh@yahoo.com.br)

## PARÁ

José Clarindo Martins Neto

## Normas e instruções para publicação em nossa revista

### Instruções aos autores

A Revista da SOGIA-BR é um periódico trimestral da Sociedade Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, dirigido aos médicos e profissionais de áreas afins que trabalham no atendimento de crianças e adolescentes. Destina-se à publicação de artigos 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.

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

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

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

A revista publica artigos nas categorias Artigo Original, Artigo de Revisão e Relato de Caso. Uma vez aprovado, o artigo passa a ser propriedade da Revista da SOGIA-BR.

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

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

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

Todos os trabalhos publicados passam a ser propriedade da revista.

### Normas para publicação

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



## Cerazette® desogestrel 75 mcg

Os benefícios da contracepção sem estrogênio  
com a mesma eficácia da pílula combinada<sup>1,2</sup>

### Sua paciente fuma e tem mais de 35 anos?

Antes de mais nada, é recomendável que ela pare de fumar.  
Se ela tem 35 anos ou mais e não aceita parar, não forneça  
anticoncepcionais hormonais combinados orais (AHC0).  
Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.<sup>10</sup>

### Sua paciente está amamentando?

Quando a mulher está amamentando, métodos como  
a pílula apenas com progestagênio (PP) são melhores  
escolhas do que os anticoncepcionais hormonais  
combinados orais (AHC0).<sup>10</sup>

### Sua paciente fuma, tem diabetes ou hipertensão?

Se ela tem fatores múltiplos que aumentam o risco  
de doença cardiovascular, não prescreva  
anticoncepcionais hormonais combinados orais (AHC0).  
Ajude-a a escolher um método sem estrogênio.<sup>10</sup>

**Referências bibliográficas:** 1. Bjarnadóttir R *et al.* Comparative study of the effects of a progestogen-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *Brit J Obstet Gynaecol* 2001; 108: 1174-80. 2. Vromans EWM *et al.* Missed pill advice for women using Cerazette. Presented at the 17th World Congress of Fertility and Sterility, Melbourne, Australia 2001; 70:37. 3. Pichl T, Karck U. The estrogen-free pill Cerazette in women with dysmenorrhea and estrogen-related side effects. Presented at the 17th World Congress of Fertility and Sterility, Melbourne, Australia 2001; 70: 37. 4. Hussain SF. Progestogen-only pills and high blood pressure: is there an association? A literature review. *Contraception* 2004; 69: 89-97. 5. Korver T *et al.* A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogen-only pills containing desogestrel 75 mcg/day or levonorgestrel 30 mcg/day. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1998; 3: 169-78. 6. Winkler UH *et al.* A randomized controlled double-blind study of the effects on hemostasis of two progestogen-only pills containing 75 mcg desogestrel or 30 mcg levonorgestrel. *Contraception* 1998; 57: 385-92. 7. OJB de Smit. Bleeding patterns with Cerazette.: trends over time. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002; 7 [Suppl 1]: 84, 6-46. 8. Vree ML. The estrogen dose in the pill: how low should we go? *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002; 7 [Suppl 1]: 87, 6-52. 9. Rice *et al.* A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 mcg and levonorgestrel 30 mcg daily. *Hum Reprod* 1999; 14: 982-5. 10. Adaptado de FEBRASGO. Anticoncepção. Manual de orientação 2004. 11. Bula do produto Cerazette®.

**Cerazette® Desogestrel. Apresentação:** cartucho com 1 cartela com 28 comprimidos. Cada comprimido contém: desogestrel 75 mcg. **Indicações:** contracepção. **Contraindicações:** Cerazette® não deve ser usado na presença de qualquer das seguintes condições ou se elas ocorrerem pela primeira vez, o produto deve ser descontinuado imediatamente: gravidez ou suspeita de gravidez; distúrbio tromboembólico venoso ativo; presença ou história de doença hepática grave enquanto os valores de função hepática não tenham retornado ao normal; tumores progestagênio-dependentes; sangramento vaginal não diagnosticado; hipersensibilidade a qualquer componente do Cerazette®. **Precauções e advertência:** durante o uso de contraceptivos orais (COs), o risco de ter câncer de mama diagnosticado está levemente aumentado. Entretanto, para esses contraceptivos de progestagênio isolado, a evidência é menos conclusiva. Avaliar risco-benefício no caso de câncer hepático. Investigações epidemiológicas associaram o uso de COC a uma maior incidência de tromboembolismo venoso (TEV, trombose venosa profunda e embolismo pulmonar). Embora a relevância clínica desse achado para desogestrel usado como contraceptivo na ausência de um componente estrogênico seja desconhecida, Cerazette® deve ser descontinuado em caso de trombose. A descontinuação de Cerazette® deve também ser considerada em caso de imobilização prolongada devido à cirurgia ou doença. Mulheres com história de distúrbios tromboembólicos devem ser alertadas sobre a possibilidade de recorrência. Embora os progestagênios possam apresentar efeito sobre a resistência à insulina e sobre a tolerância à glicose, não há evidência da necessidade de alterar o regime terapêutico em diabéticas usando contraceptivos de progestagênio isolado. Entretanto, mulheres diabéticas devem ser cuidadosamente observadas enquanto usarem Cerazette®. O tratamento com Cerazette® leva a redução dos níveis séricos de estradiol para um nível correspondente à fase folicular inicial. Apesar do fato de Cerazette® inibir a ovulação, a gravidez ectópica deve ser considerada no diagnóstico diferencial se a mulher tem amenorreia ou dor abdominal. Cloasma pode ocorrer ocasionalmente. As seguintes condições foram relatadas durante a gravidez e durante uso de esteroide sexual, mas a associação com o uso de progestagênios não foi estabelecida: icterícia e/ou prurido relacionado à colestase; formação de cálculo de vesícula; porfiria; lúpus eritematoso sistêmico; síndrome urêmica hemolítica; coreia de Sydenham; herpes gestacional; perda da audição relacionada à otosclerose. Mesmo quando Cerazette® é tomado regularmente, podem ocorrer distúrbios de sangramento. As mulheres devem ser informadas de que Cerazette® não protege contra HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Como em todos os contraceptivos hormonais de baixa dosagem, o desenvolvimento folicular ocorre e ocasionalmente o folículo pode continuar o desenvolvimento além do tamanho que poderia atingir num ciclo normal. Geralmente, esses folículos aumentados desaparecem espontaneamente. A eficácia dos contraceptivos de progestagênio isolado pode ser reduzida no caso de esquecimento de tomar os comprimidos, distúrbios gastrintestinais ou de utilização de medicação concomitante. Estudos epidemiológicos extensos mostraram que não há risco aumentado de malformações nas crianças de mães que utilizaram contraceptivos orais antes da gravidez, nem efeitos teratogênicos quando os contraceptivos orais forem administrados inadvertidamente no início da gestação. Dados de farmacovigilância coletados com vários COCs contendo desogestrel também não indicam um risco aumentado. Cerazette® não influencia a produção ou a qualidade do leite materno, mas uma pequena quantidade de etonogestrel é excretada no leite. **Reações adversas:** as reações adversas relatadas com maior frequência nos estudos clínicos com Cerazette® (>2,5%) foram sangramento irregular, acne, alterações de humor, dor nas mamas, náusea e aumento de peso. **Interações medicamentosas:** podem ocorrer interações com fármacos indutores de enzimas microsossomais, resultando em aumento da depuração dos hormônios sexuais. Foram estabelecidas interações com hidantoínas, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, oxcarbazepina, topiramato, rifabutina, felbamato, ritonavir, griseofulvina e produtos fitoterápicos contendo *Hypericum perforatum*. Durante o tratamento com carvão medicinal, a absorção do esteroide do comprimido pode ser reduzida bem como sua eficácia contraceptiva. Contraceptivos orais podem interferir com o metabolismo de outros fármacos (por ex., ciclosporina), consequentemente concentrações plasmáticas e tissulares podem ser afetadas. Dados obtidos com contraceptivos orais combinados mostraram que os esteroides contraceptivos podem influenciar os resultados de certos testes de laboratório, incluindo parâmetros bioquímicos do fígado, tireoide, adrenal e de função renal, níveis séricos de proteínas (carregadoras). **Posologia:** deve-se tomar um comprimido ao dia durante 28 dias consecutivos na ordem indicada pelas setas impressas na cartela, com pequena quantidade de líquido, aproximadamente no mesmo horário. Cada cartela subsequente deve ser iniciada imediatamente após o término da anterior. **Superdosagem:** não há relatos de reações adversas graves em decorrência de superdose. Nessa situação, os sintomas que podem ocorrer são: náuseas, vômitos e, em meninas e adolescentes, discreto sangramento vaginal. Não há antídotos e o tratamento deve ser sintomático. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Reg. MS: 1.0171.0089 RA 0390 OS S2 (REF 2 0). Fabricado por Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda. - Rua João Alfredo, 353 - Santo Amaro São Paulo - SP - CEP 04747-900. A persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado.**

Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação: atendimento medico@spcorp.com ou 0800 709 5260. Para informações completas, consultar a bula do produto.

**Cerazette® não deve ser usado em casos de gravidez ou suspeita de gravidez e tumores progestagênio-dependentes. <sup>11</sup> Pode-se esperar interações durante o uso concomitante de Cerazette® com hidantoínas, barbituratos, primidona, carbamazepina, rifampicina. <sup>11</sup>**



Nem light ao extremo,  
nem muito pesado:  
tudo na vida  
tem que ser dosado.



Mercilon® Conti  
desogestrel + etinilestradiol/  
etinilestradiol  
"A" pílula combinada<sup>1-7</sup>



Isso também vale para o contraceptivo:  
**Mercilon® Conti tem a dose efetiva para controle de ciclo.<sup>1</sup>**



**Referências bibliográficas:** 1. Rosenberg MJ *et al.* Efficacy, cycle control, and side effects of low and lower dose oral contraceptives: a randomized trial of 20 mcg and 35 mcg estrogen preparations. *Contraception* 1999; 60:321-9. 2. The Mircette Study Group. An open-label multicenter, non comparative safety and efficacy study of Mircette, a low-dose estrogen-progestin oral contraceptive. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179:82-8. 3. Sulak PJ, *et al.* Hormone withdrawal Symptoms in oral contraceptive users. *Obstet. Gynecol* 2000; 95(2): 261-66. 4. Sulak PJ, *et al.* Extending the duration of active oral contraceptive pills to manage hormone withdrawal symptoms. *Obstet. Gynecol* 1997; 89: 179-83. 5. Sulak PJ *et al.* Acceptance of altering the standard 21 day/7 day oral contraceptive regimen to delay menses and reduce hormone withdrawal Symptoms. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 1142-9. 6. Hendrix SL, Alexandre NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel, containing low dose oral contraceptive. *Contraception* 2002; 66:393-399. 7. Bula do produto.

**MERCILON® CONTI.** Desogestrel/Etinilestradiol e Etinilestradiol. **FORMA FARMACÊUTICA E APRESENTAÇÃO:** embalagem com 1 blíster contendo 21 comprimidos brancos [Desogestrel 150 mcg/Etinilestradiol 20 mcg], 2 comprimidos verdes [placebo] e 5 comprimidos amarelos [10 mcg de etinilestradiol]. **INDICAÇÃO:** prevenção da gravidez. **CONTRAINDICAÇÃO:** tromboflebite ou distúrbios tromboembólicos; histórico de tromboflebite ou TVP; doença vascular cerebral ou de artérias coronárias; carcinoma de mama conhecido ou suspeito; carcinoma de endométrio ou outra neoplasia estrogênio-dependente conhecida ou suspeita; sangramento vaginal anormal não diagnosticado; icterícia colestática da gravidez ou icterícia com uso prévio de pílula; adenomas ou carcinomas hepáticos; gravidez conhecida ou suspeita; hipersensibilidade aos componentes da fórmula. **ADVERTÊNCIAS:** o uso de anticoncepcionais orais está associado a maiores riscos de ocorrência de enfarte do miocárdio, tromboembolismo, acidente vascular cerebral, neoplasia hepática e doença da vesícula biliar, embora o risco de morbidade grave ou mortalidade seja muito baixo em mulheres saudáveis. Foi demonstrado que o tabagismo em combinação com o uso de anticoncepcional oral contribui de forma substancial para a incidência de enfarte do miocárdio em mulheres na sua terceira década de vida ou mais velhas. Os anticoncepcionais orais podem aumentar os efeitos de fatores de risco bem conhecidos, tais como a hipertensão, diabetes, hiperlipidemias e obesidade. Ficou demonstrado que os anticoncepcionais orais aumentam a pressão arterial entre usuárias. Embora existam relatórios conflitantes, a maioria dos estudos sugere que o uso de anticoncepcionais orais não está associado ao aumento global no risco de desenvolvimento de câncer de mama. Foram relatados casos clínicos de trombose retiniana associada ao uso de anticoncepcionais orais. Ficou demonstrado que os anticoncepcionais orais provocam uma diminuição na tolerância à glicose em uma porcentagem significativa de usuárias. Uma pequena proporção de mulheres apresentará hipertrigliceridemia enquanto estiverem usando a pílula. O aparecimento ou exacerbação de enxaqueca ou desenvolvimento de cefaleia grave, exige a suspensão dos anticoncepcionais orais e avaliação da causa. Sangramento intermenstrual e *spotting* são observados algumas vezes em pacientes que recebem anticoncepcionais orais, principalmente durante os primeiros três meses de uso. Devem ser consideradas causas não hormonais e tomadas medidas diagnósticas adequadas para afastar a possibilidade de processo maligno ou gravidez. Algumas mulheres poderão apresentar amenorreia ou oligomenorreia pós-pílula, especialmente caso essa condição já tenha ocorrido. Gravidez ectópica, bem como intrauterina, pode ocorrer em caso de falha do anticoncepcional. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** eficácia reduzida e aumento da incidência de sangramento intermenstrual e irregularidades no ciclo menstrual foram associadas ao uso concomitante de rifampicina. Uma associação semelhante, embora menos acentuada, foi sugerida com referência aos barbitúricos, fenilbutazona, fenitoína sódica, carbamazepina e possivelmente também com griseofulvina, ampicilina, tetraciclina e produtos fitoterápicos contendo *Hypericum perforatum*. **PRECAUÇÕES:** não protege contra infecção pelo HIV (Aids) e outras doenças sexualmente transmissíveis; realizar exame físico e testes laboratoriais relevantes; mulheres com histórico familiar de câncer de mama ou que apresentem nódulos mamários, mulheres em tratamento para hiperlipidemia devem ser monitoradas regularmente; suspender a medicação em caso de icterícia e/ou disfunção hepática; os anticoncepcionais orais podem ocasionar um determinado grau de retenção de líquidos. Devem ser prescritos com cuidado em pacientes que apresentem condições que possam ser agravadas pela retenção de líquidos. Mulheres com histórico de depressão devem ser cuidadosamente observadas e a medicação suspensa caso a depressão volte em nível preocupante. As usuárias de lentes de contato que desenvolverem alterações visuais ou alterações na tolerância às lentes deverão ser avaliadas por um oftalmologista. Extensos estudos epidemiológicos não revelaram qualquer aumento no risco de defeitos congênitos em bebês de mulheres que usaram anticoncepcionais orais antes da gravidez. O uso deste produto antes da menarca não é indicado. **REAÇÕES ADVERSAS:** acredita-se estarem relacionadas com o medicamento: náuseas; alteração no peso (aumento ou diminuição); vômitos; alteração na erosão e secreção cervical; sintomas gastrointestinais (tais como cólicas e distensão abdominal); diminuição na lactação quando dada imediatamente após o parto; icterícia colestática; sangramento intermenstrual; enxaqueca; *spotting*; erupção (alérgica); mudança no fluxo menstrual; depressão mental; amenorreia; tolerância reduzida a carboidratos; infertilidade temporária após suspensão do tratamento; candidíase vaginal; mudança na curvatura da córnea; edema; melasma que pode persistir; intolerância a lentes de contato; alterações na mama: sensibilidade, aumento, secreção. **POSOLOGIA:** tomar 1 comprimido branco, durante 21 dias, seguido por 1 comprimido verde (inerte) por 2 dias e 1 comprimido amarelo (ativo) por 5 dias. Reiniciar nova cartela, no dia seguinte após ter tomado o último comprimido. **SUPERDOSAGEM:** efeitos nocivos graves não foram relatados após ingestão aguda de altas doses de anticoncepcionais orais por crianças pequenas. A superdosagem pode causar náuseas, podendo ocorrer sangramento de privação no sexo feminino. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. Reg. MS – 1.0171.0102. Fabricado por Schering – Plough Indústria Farmacêutica Ltda. – Rua João Alfredo, 353 – São Paulo – SP – Brasil CNPJ 03.560.974/0001-18. A persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. Versão bula EUA 10/00 15/ 304008-A-MAI/08-1.**

Mercilon® Conti não deve ser usado por mulheres que apresentarem as seguintes condições: tromboflebite ou distúrbios tromboembólicos, câncer de mama (diagnosticado ou suspeito). Eficácia reduzida, aumento da incidência de sangramento intermenstrual e irregularidades no ciclo menstrual foram associados ao uso concomitante de rifampicina, barbitúricos e drogas anticonvulsivantes.<sup>7</sup>

Informações adicionais disponíveis aos profissionais de saúde mediante solicitação: [atendimentomedico@spcorp.com](mailto:atendimentomedico@spcorp.com) ou 0800 709 5260. Para informações completas, consultar a bula do produto.

