

REVISTA DA SOGIA BR

SOCIEDADE BRASILEIRA DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



- TENDÊNCIA DA IDADE DE INÍCIO DOS EVENTOS PUBERAIS EM MENINAS - ANÁLISE DE SÉRIES TEMPORAIS
- DISMENORREIA NA ADOLESCÊNCIA – SEGUNDA PARTE
- PROLAPSO URETRAL EM MENINAS PRÉ-PÚBERES – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA



**XII CONGRESSO BRASILEIRO
DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA
DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA**

28-30 DE JUNHO DE 2012

MAKSOLID PLAZA HOTEL - SÃO PAULO - SP

sogia.com.br/congresso2012





SUMÁRIO

EDITORIAL 2

ARTIGO ORIGINAL

Tendência da Idade de Início dos Eventos Puberais em Meninas
- Análise de Séries Temporais 3

ARTIGO ATUALIZAÇÃO

Dismenorreia na Adolescência – Segunda Parte 9

CASO CLÍNICO

Prolapso Uretral em Meninas Pré-Púberes – A Propósito de um
Caso Clínico e Revisão da Literatura 13

COMISSÃO EDITORIAL

EDITOR

José Alcione Macedo Almeida (SP)

EDITORES ASSOCIADOS

Álvaro da Cunha Bastos (SP)
Vicente Renato Bagnoli (SP)

CORPO EDITORIAL

Adriana Lipp Waissman (SP)
Albertina Duarte Takiuti (SP)
Ana Célia de Mesquita Almeida (SP)
Claudia Lúcia Barbosa Salomão (MG)
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 Reis Leite (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 Galletta (SP)
Maria de Lourdes C. 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)
Zuleide Cabral (MT)

CORPO DIRIGENTE DA SOGIA-BR

Presidente Emérito:

Álvaro da Cunha Bastos

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente:

José Alcione Macedo Almeida
josealcione.almeida@gmail.com

Vice-Presidente:

Vicente Renato Bagnoli
vrbagnoli@uol.com.br

1º Secretário:

João Bosco Ramos Borges
drbosco@terra.com.br

2º Secretário:

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

1ª Tesoureira:

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

2º Tesoureiro:

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

Diretora de Relações Públicas:

Albertina Duarte Takiuti
albertinaduarte@ajato.com.br

VICE-PRESIDENTES REGIONAIS

Vice-Presidente Região Sul:

Marta Francis Benevides Rehme
martarehme@uol.com.br

Vice-Presidente Região Sudeste:

Denise Maia Monteiro
denimonteiro2@yahoo.com.br

Vice-Presidente Região Centro-Oeste:

Zuleide Felix Cabral
hzcabral@terra.com.br

Vice-Presidente Região Norte-Nordeste:

Romualda Castro do Rego Barros
romycastr01@hotmail.com

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

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

sogia@sogia.com.br
www.sogia.com.br





A PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES ONCOLÓGICAS

A preservação da fertilidade humana é um tema que merece maior atenção por parte dos médicos de todas as especialidades, não apenas da área de Reprodução Humana ou da ginecologia em geral.

O diagnóstico mais precoce de câncer, associado à evolução dos esquemas quimioterápicos tem levado à cura de muitas pacientes em idade reprodutiva. Passada a fase mais difícil, a paciente sentindo-se curada, volta a ter o desejo da procriação.

Em se tratando de crianças e adolescentes, temos que considerar os diagnósticos mais frequentes nessa faixa etária, quando predominam as leucemias e as neoplasias sarcomatosas em geral. Quanto às neoplasias ginecológicas nessas pacientes, as neoplasias ovarianas são as mais frequentes e os tumores das células germinativas prevalecem.

Temos enfrentado situações desconfortáveis com pacientes muito jovens tendo sua fertilidade comprometida após tratamentos agressivos, seja por quimioterapia, radioterapia ou cirurgia. O ideal é que se faça um planejamento antes do tratamento oncológico.

É óbvio que quando se tem esse diagnóstico há a preocupação em iniciar o tratamento o mais rapidamente possível, não sendo prioridade a conservação da capacidade reprodutiva. Mas a adoção de medidas de preservação é possível, dependendo do tipo de doença, desde que o caso seja conduzido multidisciplinarmente.

Em relação aos tumores de ovário, felizmente a quimioterapia usa drogas menos agressivas e também o regime é de duração mais curta. Nossa experiência com esses casos tem sido muito boa, com as pacientes mantendo função endócrina normal, com ciclos menstruais regulares e muitas delas engravidando espontaneamente, sem dificuldades.

No entanto, atendemos muitas outras que receberam tratamento para leucemia e apresentam falência ovariana prematura, para as quais resta-nos introduzir a terapia de reposição de hormonal.

Há três possibilidades de preservação da fertilidade feminina em pacientes oncológicas: criopreservação de tecido ovariano, criopreservação de óvulos e proteção dos ovários com análogo do GnRH.

A preservação de óvulos é a primeira descartada para crianças, por motivos óbvios. Para adolescente é possível, embora de maior complexidade.

A preservação de tecido ovariano ainda é experimental, embora já tenha havido nascimento com essa técnica. Para criança não sabemos ainda quais as perspectivas, mas é importante que seja discutida a possibilidade, entre as equipes médicas e a família.

O uso do a-GnRH durante a quimioterapia é a mais factível, tanto para adolescentes como para crianças. Mas é imperiosa a interação entre oncologista e ginecologista antes do início do tratamento quimioterápico.

Portanto, é imprescindível que todas as pacientes oncológicas sejam tratadas e seguidas por equipes multidisciplinares, incluindo-se a psicologia.

José Alcione Macedo Almeida
Presidente da SOGIA-BR



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

TENDÊNCIA DA IDADE DE INÍCIO DOS EVENTOS PUBERAIS EM MENINAS - ANÁLISE DE SÉRIES TEMPORAIS

DENISE LEITE MAIA MONTEIRO,¹ JÚLIA NICOLATINO TURL,² ISABELLA BOTELHO FIGUEIREDO MATIAS,² HAROLDO JOSÉ DE MATOS,³ KÁTIA SILVEIRA DA SILVA,⁴ DANIELA CONTAGE SICCARDI MENEZES⁵

RESUMO

Objetivos: Avaliar a tendência da idade do início dos sinais de puberdade de mulheres brasileiras nascidas entre 1976 e 1998.

Método: Análise de séries temporais da média de idade da telarca, pubarca e menarca. A população do estudo foi composta por adolescentes de 10 a 19 anos atendidas entre 1993 e 2010 no Setor de Ginecologia para Adolescentes do Hospital Federal Cardoso Fontes/ Ministério da Saúde (HFCF/MS), Rio de Janeiro, Brasil. Foram excluídas 25 adolescentes que não apresentavam nenhum sinal de desenvolvimento puberal no momento da avaliação e três com puberdade precoce, definida como o aparecimento de caracteres sexuais secundários antes dos oito anos de idade. Foram selecionados os prontuários das 2818 que preenchiam esses critérios. As informações sobre a idade da telarca, pubarca, menarca e ano de nascimento foram obtidas na consulta médica e armazenadas em banco de dados gerado pelo programa Epi-info versão 3.5.3. Avaliou-se a média de idade do aparecimento dos sinais de puberdade segundo o ano de nascimento, que variou entre 1976 e 1998. As correlações tiveram sua significância estatística avaliada através de análise de variância (ANOVA), pelo SPSS versão 16.0, sendo definido o nível de 5% para a significância estatística. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HFCF/MS.

Resultados: A idade da telarca variou de 8 a 14 anos, com média de 10,4 anos para as que nasceram em 1976 e de 9,6 anos para as nascidas em 1998 ($p < 0,01$). A idade da pubarca variou de 8 a 17 anos, com média de 10,3 anos para as que nasceram em 1976 e de 10,0 anos para as nascidas em 1998 ($p = 0,97$). A menarca ocorreu dos 9 aos 19 anos, com média de 12,14 anos para as que nasceram em 1976 e de 11,4 anos para as nascidas em 1998 ($p < 0,01$).

Conclusões: Na análise de um período de 23 anos (1976-1998), houve tendência de redução da média de idade da telarca e menarca, porém para a idade da pubarca não foi constatada diferença no período.

Palavras-chave: puberdade, idade do início, menarca.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the age trend of the puberty in Brazilian women born between 1976 and 1998.

Method: Time series analysis of the average age of thelarche, pubarche and menarche. The study population consisted of adolescents aged 10 to 19 years, who were attended between 1993 and 2010 at the Center of Gynecological Care for Adolescents of the Hospital Federal Cardoso Fontes/Ministério da Saúde (HFCF/MS), in Rio de Janeiro, Brazil. We excluded 25 adolescents who did not show any signs of pubertal development at the time of evaluation and three with precocious puberty, defined as the appearance of secondary sexual characteristics before the age of eight. We selected the charts of 2818 who met these criteria. Information on the age of thelarche, pubarche, menarche and year of birth were obtained from the medical records and stored in a database created with Epi-info version 3.5.3. We evaluated the average age of onset of signs of puberty by year of birth, which ranged between 1976 and 1998. Correlations were assessed its statistical significance by analysis of variance (ANOVA) by SPSS version 16.0, defining the level of 5% for statistical significance. The study was approved by the Research Ethics Committee of the HFCF/MS.

Results: The age of thelarche ranged from 8 to 14 years, mean 10.4 years for those born in 1976 and 9.6 years for those born in 1998 ($p < 0.01$). The age of pubarche ranged from 8 to 17 years, mean 10.3 years for those born in 1976 and 10.0 years for those born in 1998 ($p = 0.97$). The menarche occurred from 9 to 19 years, mean 12.14 years for those born in 1976 and 11.4 years for those born in 1998 ($p < 0.01$).

Conclusions: The analysis of a 23-year period (1976-1998), there was a trend of reducing the average age of thelarche and menarche, but for the age of pubarche there was no difference in the period.

Key-words: *puberty, age of onset, menarche*

INTRODUÇÃO

Puberdade é um evento fisiológico do processo de maturação sexual que começa com a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gônada, antes mesmo do aparecimento de qualquer sinal externo de desenvolvimento de caracteres sexuais secundários e termina quando se estabelecem os ciclos ovulatórios¹(D) ²(A).

O eixo hipotálamo-hipófise-gonadal é um sistema de alta complexidade regulado por fatores estimuladores e inibidores³(D). Fatores nutricionais, metabólicos, de maturação e estresse atuam sobre a liberação do hormônio liberador de gonadotrofinas (GnRH) através de vias ativadoras ou inibidoras. O início da puberdade caracteriza-se pela ativação de um “gerador de pulsos”, com liberação pulsátil de GnRH que, através do sistema portal hipofisário atinge os gonadotrofos da adeno-hipófise e induzem à secreção também pulsátil das gonadotrofinas luteotrófica (LH) e folículo-estimulante (FSH)⁵(D). O FSH e LH agem sobre os ovários, levando à maturação do epitélio germinativo e secreção dos esteróides sexuais¹(D).

Como todo fenômeno biológico, o desenvolvimento puberal apresenta espectro variável de início, bem como no seu ritmo evolutivo. Nos extremos do intervalo de normalidade encontram-se a aceleração constitucional do crescimento e puberdade (ACCP) e o retardo constitucional do crescimento e puberdade (RCCP). As crianças e adolescentes com ACCP, RCCP ou aquelas representativas da média da população geral, nascem com estaturas semelhantes e atingem sua estatura final geneticamente determinada. Porém, o crescimento e o desenvolvimento puberal ocorrem em ritmos diferentes, o que se caracteriza como variação tanto da época de início quanto da duração do fenômeno puberal⁶(D).

A puberdade engloba o desenvolvimento das gônadas, dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias, sendo estas, nas mulheres, o desenvolvimento das mamas (telarca), dos pêlos pubianos (pubarca) e a ocorrência da primeira menstruação (menarca). Entre esses fatos, a menarca é o fenômeno mais representativo e de mais fácil determinação, sendo um importante indicador da maturação sexual, especialmente em estudos históricos e/ou retrospectivos^{7,8}(D).

A idade da menarca é influenciada por vários fatores como: raça, etnia, condições ambientais, genética, área geográfica, estado de saúde e nutrição das pacientes^{9,25}(A),¹⁸(D).

A idade do surgimento da menarca diminuiu tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, assim como no Brasil³. Esta antecipação da idade da menarca foi mais expressiva entre o final do século XIX e os anos 70 do século XX^{4,6}. A partir desta época, não há consenso entre os estudos se a idade da primeira menstruação continua a

diminuir, mesmo que mais lentamente, ou se está estacionada^{8,10,11}(D).

A partir desses questionamentos, o objetivo deste trabalho é avaliar a tendência da idade do início dos sinais de puberdade de mulheres brasileiras nascidas entre 1976 e 1998.

MÉTODO

Foi realizada análise de séries temporais da média de idade da telarca, pubarca e menarca. A população de estudo foi constituída pelas adolescentes com idades entre 10 e 19 anos, atendidas entre 1993 e 2010, no Setor de Ginecologia para Adolescentes do Hospital Cardoso Fontes, da rede pública federal, que presta assistência secundária e terciária, pertencente ao quadro do Ministério da Saúde.

Foram excluídas 25 adolescentes que não apresentavam nenhum dos sinais de desenvolvimento puberal no momento da avaliação e três adolescentes que eram portadoras de puberdade precoce, definida como o aparecimento de caracteres sexuais secundários antes dos oito anos de idade. Dessa forma, foram selecionados os prontuários das 2818 que preenchiam esses critérios. As informações sobre a idade da telarca, pubarca, menarca e ano de nascimento foram obtidas na consulta médica e armazenadas em banco de dados gerado pelo programa Epi-info versão 3.5.3. Avaliou-se a média de idade do aparecimento dos sinais de puberdade (telarca, pubarca e menarca) segundo o ano em que elas nasceram, o que variou entre 1976 e 1998. As correlações tiveram sua significância estatística avaliada através de análise de variância (ANOVA), pelo SPSS versão 16.0, sendo definido o nível de 5% para a significância estatística. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HFCF.

Foi realizada ampla revisão da literatura médica disponível por meio de pesquisa na mídia digital. Para identificação de publicações no Medline (por meio do Pubmed), foi utilizada a seguinte estratégia de busca: (“Puberty”[Mesh]) AND “Age of Onset”[Mesh]), limitando-se a pesquisa nos artigos publicados nos últimos 10 anos e nos idiomas Português, Inglês, Espanhol e Francês, encontrando-se 146 artigos. Foram ainda utilizados para identificação e seleção de estudos, os seguintes portais de busca eletrônicos: LILACS, SciELO, Cochran, Google acadêmico e ScienceDirect. A busca resultou em total de 188 artigos, que foram revisados por dois autores, resultando na seleção final de 29 artigos que contemplavam os critérios de inclusão.

RESULTADOS

Foi realizada análise de séries temporais da média de idade do aparecimento dos eventos puberais nas meninas nascidas

entre 1976 e 1998, partindo da idade considerada normal, que é de oito anos de idade. Foram excluídas 28 adolescentes que não preenchiam os critérios de inclusão. Considerando como normal o surgimento do primeiro sinal de puberdade aos oito anos, utilizaremos como limite inferior de início dos fenômenos puberais, o ano de 1984, isto é, oito anos de idade para as que nasceram em 1976.

Verificamos que a idade da telarca variou de 8 a 14 anos, com média de $10,40 \pm 1,50$ anos para as que nasceram em 1976 e de $9,64 \pm 0,92$ anos para as nascidas em 1998 ($p < 0,01$). A idade da pubarca variou de 8 a 17 anos, com média de $10,35 \pm 1,40$ anos para as que nasceram em 1976 e de $10,00 \pm 0,77$ anos para as nascidas em 1998 ($p = 0,97$). A menarca ocorreu dos 9 aos 19 anos, com média de $12,14 \pm 1,47$ anos para as que nasceram em 1976 e de $11,40 \pm 1,07$ anos para as nascidas em 1998 ($p < 0,01$).

A tabela 1 resume a idade média dos fenômenos puberais neste grupo de adolescentes, o que pode ser melhor observado pelo gráfico 1.

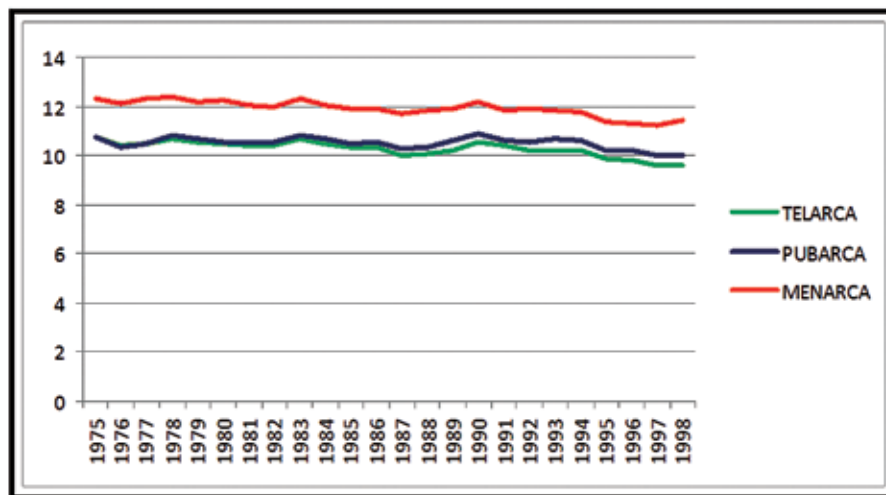
DISCUSSÃO

Nosso estudo mostrou que a idade média dos fenômenos puberais apresentam tendência de declínio, com exceção da idade da pubarca. Constatamos que a idade de início da telarca continua sofrendo redução significativa ($p < 0,01$), fato também observado por Papadimitriou *et al.* (2008). Esses autores estudaram 311 meninas, também observando o aparecimento do broto mamário, como o sinal mais precoce da puberdade, encontrando idade média da telarca de 10,0 anos (variando entre 7,0 e 12,1 anos) e constatando que o início da puberdade não está seguindo o padrão normal, mas está sendo desviado para a esquerda, o que significa que mais meninas estão entrando na puberdade mais cedo¹² (A).

Discordando dessas observações, Kaplowitz (2004) observou em um grupo de meninas que iniciaram a puberdade mais cedo (entre 7 e 8 anos de idade), que a maturação puberal progrediu para a menarca de forma mais lenta do que a progressão que acontece nas meninas que iniciaram a puber-

Tabela 1: Idade média da telarca, pubarca e menarca das adolescentes nascidas entre 1976 e 1998.

ANO	TELARCA		PUBARCA		MENARCA	
	Número	Média/desvio padrão	Número	Média/desvio padrão	Número	Média/desvio padrão
1976	37	10,40±1,50	37	10,35±1,40	37	12,14±1,47
1977	81	10,46±1,18	81	10,47±1,19	81	12,28±1,61
1978	107	10,72±1,28	106	10,81±1,18	107	12,36±1,29
1979	133	10,55±1,34	133	10,68±1,36	133	12,14±1,42
1980	137	10,48±1,35	137	10,55±1,24	136	12,25±1,34
1981	161	10,40±1,38	161	10,58±1,36	157	12,01±1,27
1982	139	10,42±1,28	139	10,52±1,35	136	11,98±1,33
1983	156	10,72±1,45	156	10,83±1,37	150	12,33±1,37
1984	156	10,48±1,49	156	10,65±1,39	151	12,03±1,53
1985	156	10,36±1,33	156	10,48±1,35	154	11,90±1,40
1986	161	10,36±1,24	161	10,57±1,26	158	11,91±1,27
1987	146	10,03±1,18	146	10,26±1,24	143	11,68±1,15
1988	129	10,09±1,20	129	10,33±1,27	129	11,86±1,16
1989	132	10,21±1,32	132	10,64±1,34	129	11,87±1,30
1990	158	10,56±1,29	158	10,89±1,42	154	12,17±1,29
1991	145	10,42±1,36	145	10,64±1,35	142	11,84±1,43
1992	146	10,21±1,12	146	10,55±1,21	145	11,88±1,28
1993	148	10,21±1,06	148	10,66±1,12	146	11,83±1,02
1994	137	10,22±1,32	137	10,60±1,28	130	11,78±1,32
1995	100	9,90±1,17	100	10,21±1,42	96	11,39±1,11
1996	93	9,78±0,94	93	10,20±1,31	88	11,31±0,89
1997	49	9,63±0,91	49	10,04±1,14	40	11,22±0,89
1998	11	9,64±0,92	11	10,00±0,77	10	11,40±1,07

Gráfico 1: Distribuição da idade média de surgimento dos eventos puberais.

idade mais tardiamente, resultando em pouca diferença entre as idades da menarca desses dois grupos¹³(A).

No nosso estudo evidenciamos que houve, de fato, redução na idade da menarca. A idade da menarca variou dos nove aos 19 anos, com redução média de $12,14 \pm 1,47$ anos para $11,40 \pm 1,07$ anos, no período de 23 anos avaliado (ano de nascimento das meninas entre 1976 e 1998).

A idade do aparecimento da menarca tem apresentado declínio ao longo dos últimos 150 anos⁸. Por exemplo, na Alemanha a idade média da menarca diminuiu de 15,5 anos em 1869 para 12,5 anos em 1978¹⁴. Porém, nos últimos anos, houve estabilização, permanecendo entre 12,5 e 13,0 em países da Europa e nos Estados Unidos. No entanto, não há consenso se a idade da primeira menstruação continua a diminuir, mesmo que mais lentamente, ou se está estacionada.^{8,10,11, 15, 16,17, 18, 19,20,21, 22,23}

Bau et.al.(2009) relataram idade média da menarca de 12,8 anos entre adolescentes com peso normal em Berlim²⁴ (A), observando declínio pra 12,5 anos nas obesas e aumento para 13,7 nas meninas de baixo peso.

Roman (2006) *et al.* observaram menor idade média da menarca ($12,2 \pm 1,2$ anos) em 2761 meninas de 27 escolas públicas e particulares da cidade de Cascavel no Paraná, procurando correlacionar com o nível socioeconômico. Aos 13 anos de idade, 63% das meninas já tinham apresentado a menarca e aos 14 anos estes valores ficaram próximos a 90%, independentemente do nível socioeconômico. Quando se analisou a presença da menarca associada à maturação sexual (estádio de Tanner) observou-se que 63,7% das meninas que já apresentaram menarca encontravam-se no estágio M4²(A).

Rigon (2010) avaliou 3783 meninas italianas por questionário, onde comparava a idade da menarca da própria estudante com a de sua respectiva irmã e mãe. A média de idade da menarca das estudantes foi de 12,4 anos. O estudo concluiu que as estudantes tiveram sua primeira menstruação $\frac{1}{4}$ de ano mais cedo que suas respectivas mães. Este resultado coincide com os resultados do nosso estudo, que identificou também tendência temporal de redução da idade média da menarca²⁵ (A).

No estudo de Khanna (2004) foi comparada a altura e a idade da primeira menstruação em 159 meninas em Punjabi Arora (um grupo étnico que residia em Nova Delhi) com as de suas respectivas mães. Como resultado foi encontrado que houve aumento na estatura das estudantes em relação às estaturas das mães, e diminuição na idade da menarca quando comparado esses dois grupos (mães e filhas), concordando com os estudos anteriores²⁶ (A).

Em oposição a esses achados, o estudo de Zegeye (2009) *et al.* realizado nas cidades de Dabat e Kola Diba na Etiópia encontrou média de 14,8 anos para a menarca de 612 estudantes, concluindo que a idade da menarca aumentou quando comparada aos resultados de outros estudos na Etiópia e em outros países africanos. Observaram também que as estudantes que moram em áreas urbanas, apresentam menarca 0,3 anos antes do que as moradoras de áreas rurais²⁷ (A).

Kaplowitz (2006), concluiu que os estudos norte-americanos sugerem diminuição na idade do início da puberdade nos últimos 40 anos. Esses mesmos estudos revisados mostraram que as meninas da raça negra apresentam maturação sexual 0,5 a 1,0 ano mais cedo do que as meninas da raça branca,

porém houve menor diferença quando estudadas as médias de idades da menarca entre esses dois grupos, que foi de 0,2 anos. Os países do norte europeu não demonstraram a mesma tendência de diminuição da idade da menarca, porém vários outros países o fizeram. Uma hipótese para explicar a diminuição da idade no início da puberdade é o aumento na prevalência da obesidade na infância²⁸ (D). No entanto, a aceleração na idade do início da puberdade que vem sendo observada nos últimos 150 anos é muito acentuada, atingindo até cinco anos em algumas populações, o que somente o aumento de peso não pode justificar.

Nosso estudo concluiu que ao analisarmos o período de 23 anos (1976-1998), houve tendência de redução da média de idade da telarca e menarca de aproximadamente 0,8 anos, porém para a idade da pubarca não foi constatada diferença no período estudado.

Como limitação do nosso estudo, citamos a não avaliação da raça, nível socioeconômico, estilo de vida e índice de massa corpórea de nossa população de adolescentes, pois são fatores que talvez possam influenciar a idade da puberdade^{9,24}.

Portanto, muitos outros fatores podem estar envolvidos para explicar a tendência secular da redução da idade da puberdade e novos estudos de desenho longitudinal devem ser desenvolvidos para esclarecer as causas determinantes. A idade dos fenômenos puberais é importante indicador individual, social, cultural e de saúde pública, podendo ser útil na avaliação das condições de saúde da população feminina.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Monteiro DLM, Turl JN, Matias IBF: Fisiologia da Puberdade. Revista da SOGIA-BR. 2010; 11 (2): 9-15.
- Roman EP; Ribeiro RR; Guerra-Júnior G; Barros-Filho A: Antropometria, maturação sexual e idade da menarca de acordo com o nível socioeconômico de meninas escolares de Cascavel (PR). Rev Assoc Med Bras. 2009; 55(3):317-21.
- 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.
- Palmert MR, Boepple PA. Variation in the timing of puberty: clinical spectrum and genetic investigation. J Clin Endocrinol Metab. 2001; 86:2364-8.
- Damiani D. Diagnóstico laboratorial da puberdade precoce. Arq Bras Endocrinol Metab. 2002; 46(1): 85-90.
- Monte O, Longui CA, Calliari LEP: Puberdade Precoce: Dilemas no Tratamento e Diagnóstico. Arq Bras Endocrinol Metab. 2001; 45(4): 321-30.
- Ellis BJ. Timing of pubertal maturation in girls: an integrated life history approach. Psychol Bull. 2004; 130:920-58.
- Parent AS, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Toppari J, Bourguignon JP. The timing of normal puberty and the age limits of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration. Endocr Rev. 2003; 24:668-93.
- Wronka I: Association between BMI and age at menarche in girls from different socio-economic groups. Anthropol Anz. 2010 ;68(1):43-52
- Gluckman PD, Hanson MA. Evolution, development and timing of puberty. Trends Endocrinol Metab. 2006;17:7-12.
- De Munich Keizer SM, Mul D. Trends in pubertal development in Europe. Hum Reprod Update. 2001; 7:287-91.
- Papadimitriou A, Pantisotou 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; 93:4422-5.
- Kaplowitz P. Clinical characteristics of 104 children referred for evaluation of precocious puberty. J Clin Endocrinol Metab. 2004; 89:3644-50.
- Reibig M. Körperliche Entwicklung und Akzeleration Jugendlicher. Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung an Schülern vom 12.-16. Lebensjahr, pp 86–88. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit, 1985.
- Ostersiehl D & Danke-Hopfe H. Changes in the age at menarche in Germany: evidence for a continuing decline. Am J Hum Biol. 1991; 3:647–54.
- Danke-Hopfe H. Menarcheal age in Europe. Yearbook of Physical Anthropology 1986; 29:81–112.
- Cole TJ. Secular trends in growth. Proceedings of the Nutrition Society 2000; 59:317–24.
- Herman-Giddens ME, Kaplowitz PD & Wasserman R. Navigating the recent articles on girls' puberty in pediatrics: what do we know and where do we go from here? Pediatrics 2004; 113:911–7.
- Herman-Giddens ME. The decline in the age of menarche in the United States: should we be concerned? Journal of Adolescent Health 2007; 40:201–3.
- Anderson SE, Dallal GE & Must A. Relative weight and race influence average age at menarche: results from two nationally representative surveys of USA girls studied 25 years apart. Pediatrics. 2003; 111:844–50.
- Anderson SE & Must A. Interpreting the continued decline in the average age at menarche: results from two nationally representative surveys of USA girls studied 10 years apart. Pediatrics 2005; 117:753–60.
- Freedman D, Khan L, Serdula M, Dietz W, Srinivasan S & Berenson G. Relation of age of menarche to race, time period and anthropometric dimensions: the Bogalusa Heart Study. Pediatrics 2002; 110:4
- Juul A, Teilmann G, Scheike T, Hertel NT, Holm K, Laursen EM, Main KM & Skakkebaek NE. Pubertal development in Danish children: comparison of recent European and USA data. Intern J Androl. 2006; 29:247–55.
- Bau AM, Ernert A, Schenk L, Wiegand S, Martus P, Grüters A, Krude H: Is there a further acceleration in the age at onset of menarche? A cross-sectional study in 1840 school children focusing on age and bodyweight at the onset of menarche. Europ J Endocrinol. 2009; 160(1): 107-13.
- Rigon F, Bianchini L, Bernasconi S, Bona G, Bozzola M, Buzi F, Cicognani A, De Sanctis C, De Sanctis V, Radetti G, Tatò L, Tonini G, Perissinoto E: Update on age at menarche in Italy: Toward the leveling off of the secular trend. J Adolesc Health. 2010; 46(3): 238-44.
- Khanna G, Kapoor S: Secular Trend in Stature and Age at Menarche among Punjabi Aroras residing in New Delhi, India. Cool Anthropol. 2004; 28(2): 571-5.
- Zegeye DT, Megabiaw B, Mulu A: Age at menarche and the menstrual pattern of secondary school adolescents in northwest Ethiopia. BMC Womens Health. 2009; 5: 9:29.
- Kaplowitz P: Pubertal development in girls: Secular Trends. Curr Opin Obstet Gynecol. 2006; 18(5): 487-91.
- Biro FM, Huang B, Daniels SR, Lucky AW: Pubarche as well as thelarche may be a marker for the onset of puberty. J Pediatr. Adolesc Gynecol. 2008; 21(6): 323-8.

CORRESPONDÊNCIA

Denise Leite Maia Monteiro e-mail:
denimonteiro2@yahoo.com.br

TITULAÇÃO

1. Doutorado e Mestrado em Ciências - Área da Saúde da Criança e da Mulher pelo Instituto Fernandes Figueira (FIOCRUZ) - Rio de Janeiro - RJ; Professor Titular do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) - Teresópolis - RJ; Professor Adjunto 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) - Teresópolis - RJ
3. Doutorado em Saúde Pública pela FIOCRUZ; Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ)
4. Doutorado em Saúde Pública pela UERJ; Professor do Curso de Pós-Graduação do IFF/FIOCRUZ
5. Médica do Núcleo Perinatal da UERJ e Professora Auxiliar da UNIGRANRIO

DISMENORREIA NA ADOLESCÊNCIA – SEGUNDA PARTE

DYSMENORRHEA IN ADOLESCENCE – SECOND PART

JOSÉ ALCIONE MACEDO ALMEIDA

RESUMO:

Este artigo enfatiza que o diagnóstico da dismenorreia baseia-se fundamentalmente em uma boa anamnese, seguida de exame físico criterioso para concluir pela forma de dismenorreia primária ou secundária, de grande importância para planejamento do tratamento, uma vez que se sabe que as prostaglandinas produzidas em excesso no endométrio se destacam como principal fator etiológico na dismenorreia primária. Com bases nesses conhecimentos é que se institui o tratamento com anti-inflamatórios não hormonais.

Palavras chaves: adolescência, dismenorreia.

ABSTRACT:

This article emphasizes that dysmenorrhea is based mainly on a good anamnesis, followed by a thorough physical test in order to identify the type of dysmenorrhea – primary or secondary. This is of great importance for planning the treatment, since it is well known that the excess of prostaglandins in the endometrium is the main etiological factor in primary dysmenorrhea. It is based on this knowledge that the treatment with non-hormonal anti-inflammatories is indicated.

Keywords: *adolescence, dysmenorrhea*

INTRODUÇÃO

O êxito no tratamento de qualquer doença depende muito do diagnóstico correto e do conhecimento da sua fisiopatologia.

No artigo anterior intitulado *dismenorreia na adolescência primeira parte*, discorreremos sobre os fatores etiológicos. Aqui discutiremos como fazer o diagnóstico e tratamento.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da dismenorreia primária se faz, fundamentalmente, baseando-se na história e no exame físico, o que racionaliza a solicitação de algum exame complementar.

A anamnese deve ser minuciosa, caracterizando-se detalhadamente a dor, quanto a sua localização, quanto o caráter cíclico e, se coincide ou não com o período menstrual. A intensidade da dor e a presença ou não de sintomas sistêmicos associados à dismenorreia, são de relevância para enquadrar-se o quadro clínico de acordo com a classificação, em leve, moderada e severa (incapacitante para suas funções habituais)¹. Ainda devem ser investigados os fatores de piora e a associação com funções fisiológicas.

Uma história clara e exame físico que não revela anormalidade podem ser suficientes para o diagnóstico. Na história típica da dismenorreia primária, na maioria das vezes os sintomas coincidem com o início do fluxo menstrual ou surgem poucas horas antes ou após e persistem por 24 a 72 horas^{2,3}. Sabe-se que a dismenorreia primária pode ocorrer desde a menarca ou após alguns ciclos menstruais.

No exame físico deve-se atentar para as causas orgânicas conhecidas que fazem parte do diagnóstico diferencial de dor abdominal.

A propedêutica auxiliar depende da história clínica, da idade da paciente e do exame físico. A ultrassonografia pélvica é exame obrigatório e, muitas vezes, determinante para o diagnóstico da dismenorreia, pois permite que se confirme ou que se afaste alterações nos órgãos genitais, responsáveis pelos sintomas, caracterizando assim a dismenorreia primária ou secundária.

Na etiologia da dismenorreia primária é bem conhecida a participação da produção elevada das prostaglandinas no endométrio^{4,5}, não havendo entretanto, necessidade de dosagem laboratorial dessas substâncias.

Dessa forma, a dismenorreia primária pode ser diagnosticada quando temos uma história típica e ao exame físico e exames complementares não se detecta anormalidade.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

É importante que se estabeleça, não só se a dismenorreia é primária ou secundária, mas principalmente, que se faça o

diagnóstico diferencial com a dor pélvica crônica, que se caracteriza por dor crônica no hipogástrio, de caráter subagudo e persistente, que pode se exacerbar no período menstrual. Geralmente esse sintoma não é bem definido, principalmente por pacientes adolescentes, dificultando a interpretação do quadro. A dor pélvica crônica pode ter como causa a endometriose ou a doença inflamatória pélvica crônica⁶, ou pode ser originada de alterações nos órgãos das vias urinárias e, muito frequentemente, por doenças gastrintestinais⁷.

Não podemos deixar de detectar uma malformação mülleriana em pacientes com história de dor pélvica importante. Lembramos que, mesmo a adolescente informando menstruações ela pode ter obstrução parcial do fluxo menstrual em decorrência de defeito dos sistema de Müller. O diagnóstico se confirma com exames de imagem, começando com a ultrassonografia pélvica.

TRATAMENTO

O tratamento da dismenorreia secundária se constitui, obviamente, na remoção da causa, justificando-se o princípio do conhecimento da etiopatogenia, da qual falamos anteriormente. Aqui vamos discorrer sobre o tratamento da dismenorreia primária.

Algumas alternativas para o seu tratamento são utilizadas ao longo dos tempos.

Nos últimos anos a medicina chamada não convencional vem se tornando popular em vários países também para o tratamento da dismenorreia^{8,9}.

A dieta vegetariana sem gorduras foi associada com a diminuição da intensidade e duração da dismenorreia em mulheres adultas jovens¹⁰, assim como a suplementação da dieta com ômega-3 e ácidos graxos, produzindo efeitos benéficos na diminuição dos sintomas da dismenorreia em adolescentes¹¹.

Nos últimos anos tem sido bastante difundido em nosso meio a acupuntura, método tradicional da medicina chinesa, sendo bem tolerada e livre de efeitos colaterais¹². Esse método analgésico tem sido utilizado nos Estados Unidos para tratamento de doenças severas, inclusive a dismenorreia¹³.

O emprego do magnésio e de substância agonista do cálcio no tratamento da dismenorreia é citado, mas com bases em pequenas experiências^{14, 15, 16, 17}.

Talvez os mais utilizados atualmente no combate da dismenorreia primária, os anticoncepcionais hormonais combinados, suprimindo a ovulação e inibindo a produção de prostaglandinas e, conseqüentemente, diminuindo a contratilidade uterina, também se baseia na fisiopatologia da doença¹⁸. Esse método pode encontrar resistência por parte de pacientes que não necessitam de anticoncepção ou para as que apresen-

tam contra indicação ao uso dos hormônios da fórmula, em especial ao estrogênio.

Como é aceita que a produção anômala das prostaglandinas é responsável pelo desencadeamento da dismenorreia, é mais racional, portanto, que atentemos para esse princípio para que a terapêutica escolhida seja mais efetiva e proporcione o alívio desejado para a nossa paciente. Assim, os AINH se destacam como armas importantes no combate da afecção em apreço.

Os anti-inflamatórios não hormonais (AINH) são, comprovadamente, drogas que agem no endométrio inibindo a síntese das prostaglandinas^{19,20,21}. Portanto, são os AINH as drogas de escolha para o tratamento da dismenorreia primária.

Universalmente os AINH são as drogas mais empregadas no tratamento da dismenorreia primária, exatamente porque interferem diretamente no mecanismo da fisiopatologia da dor menstrual.

Como são muitos os produtos disponíveis no mercado, devemos estar atentos não só para sua eficácia, mas também para a segurança do produto que vamos prescrever, principalmente quando a nossa paciente for adolescente com menos de 14 anos de idade.

Entre os AINH disponibilizados, os mais empregados os derivados do ácido propiônico (naproxeno, ibuprofeno e cetoprofeno) e os derivados do oxicam (piroxicam).

O cetoprofeno está no mercado mundial desde 1973, é largamente indicado como analgésico e anti-inflamatório para tratamento de crianças desde os seis meses de vida²². É rapidamente eliminado pelo organismo, o que garante a sua segurança, podendo ser administrado em crianças a partir de seis meses de idade, com intervalos de seis a oito horas ao dia. É um anti-inflamatório que apresenta menos efeitos colaterais em decorrência, principalmente, da sua meia vida curta, com ausência de risco de acumulação²³.

Por via oral a prescrição do cetoprofeno deve ser feita com dose e intervalos de acordo com gravidade e a resposta, em cada caso. Geralmente o intervalo é de seis ou oito horas. Encontra-se no mercado apresentação do produto com 50mg, 100 mg e 200 mg (retard) para via oral; por via retal há supositório com 100 mg. Essas doses favorecem a escolha do esquema terapêutico que se adapte a cada paciente. Temos ainda a apresentação de ampolas com 100 mg para uso intravenoso, em ambiente hospitalar.

O tratamento com AINH é mais efetivo quando iniciado 1 a 2 dias antes da menstruação. Adolescentes que não têm previsão do início do seu ciclo menstrual devem iniciar o uso da medicação no momento do primeiro sinal de sangramento ou ao surgir qualquer sintoma que frequentemente, se associam à dismenorreia²⁴.

Os protocolos recomendam que quando a paciente (adolescente ou adulta jovem) com dismenorreia, inicialmente considerada como primária, não responde ao tratamento com AINH por três ciclos menstruais consecutivos, deve-se prescrever por outros três ciclos consecutivos um anticoncepcional hormonal combinado. Se após esse tratamento os sintomas persistirem, a endometriose deve ser investigada⁵. Em nosso Serviço fazemos esse esquema, porém por um período de 4 a 6 meses, com bons resultados. A endometriose é rara, de baixa prevalência na adolescência.

Sabe-se que fatores psicossomáticos contribuem para o agravamento da dismenorreia primária incapacitante. Portanto, o ginecologista deve saber detectar a necessidade e o momento de uma abordagem psicológica de sua paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruoff G, Lema M. Strategies in pain management: new and potential indications for COX-2 specific inhibitors. *J Pain Symptom Manage.* 2003;25:S21-31.
2. Chan WY, Hill JC. Determination of menstrual prostaglandin levels in nondysmenorrheic and dysmenorrheic subjects. *Prostaglandins* 1978; 15:365.
3. Lundstrom V, Green K. Endogenous levels of prostaglandin F2a and its main metabolites in plasma and endometrium of normal and dysmenorrheic women. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 130:640.
4. Dawood MY. Primary dysmenorrhea: Advances in pathogenesis and management. *Obstet Gynecol.* 2006;108:428-41.
5. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: from pathophysiology to pharmacological treatments and management strategies. *Expert Opin Pharmacother.* 2008 Oct;9(15):2661-72.
6. Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sweet RL, et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) Randomized Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:929-37.
7. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999;45(Suppl 2):II43-7.
8. Corney RH, Stanton R. A survey of 658 women who report symptoms of premenstrual syndrome. *J Psychosom Res.* 1991;35:471-82).
9. Fugh-Berman A, Kronenberg F. Complementary and alternative medicine (CAM) in reproductive-age women: a review of randomized controlled trials. *Reprod Toxicol.* 2003;17:137-52.
10. Barnard ND, Scialli AR, Hurlock D, et al: Diet and sexhormone binding globulin, dysmenorrhea, and premenstrual symptoms. *Obstet Gynecol* 2000; 95:245
11. Harel Z, Biro FM, Kotenhahn RK, et al: Supplementation with omega-3 fatty acids in the management of dysmenorrhea in adolescents. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174:1335.
12. Adams K, Assefi N. Applications of acupuncture to women's health. *Prim Care Update Ob/Gyns.* 2001;8:218-25.
13. V. Iorno R; Burani B; Bianchini E; Minelli F; Martinelli and S. Ciatto. Acupuncture Treatment of Dysmenorrhea Resistant to Conventional Medical Treatment. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2008 June; 5(2): 227-230.
14. Benassi L, Barletta FP, Baroncini L, Bertani D, Filippini F, Beski L, et al. Effectiveness of magnesium pidolate in the prophylactic treatment of primary dysmenorrhea. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1992;19:176-9.
15. Seifert B, Wagler P, Dartsch S, Schmidt U, Nieder J. Magnesium—a new therapeutic alternative in primary dysmenorrhea. *Zentralbl Gynakol* 1989;111:755-60.
16. Sandahl B, Ulmsten U, Andersson KE. Trial of the calcium antagonist nifedipine in the treatment of primary dysmenorrhoea. *Arch Gynecol* 1979;227:147-51.
17. Ulmsten U. Calcium blockade as a rapid pharmacological test to evaluate primary dysmenorrhea. *Gynecol Obstet Invest* 1985;20:78-83.
18. Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2003.* Chichester, UK: John Wiley & Son, Ltd.

19. Bianchi M. Are all NSAIDs other than 'coxibs' really equal? *Trends Pharmacol Sci.* 2004;25:6-7.
20. Warner TD, Giuliano F, Vojnovic I, Bukasa A, Mitchell JA, Vane JR. Nonsteroid drug selectivities for cyclo-oxygenase-1 rather than cyclo-oxygenase-2 are associated with human gastrointestinal toxicity: A full in vitro analysis. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1999;96:7563-8.
21. Chantler I, Mitchell D, Fuller A. The effects of three cyclo-oxygenase inhibitors with different cyclo-oxygenase-2 specificity on intensity of primary dysmenorrhoeic pain. *Clin J Pain.* 2008;24:39-44.
22. Kantor TG. Ketoprofen: a review of its pharmacologic and clinic properties. *Pharmacotherapy.* 1986 May-Jun; 6(3):93-103.
23. Schattenkirchner, M. Long-term safety of Ketoprofen in na eld-erly population of arthritic patients. *Scand. J. Reumato;* 20(91): 27-36, 1991.
24. Harel Z. Dysmenorrhea in Adolescents and Young Adults: Etiology and Management. *J Pediatr Adolesc Gynecol* (2006) 19:363e371.

CORRESPONDÊNCIA

José Alcione Macedo Almeida
josealcione.almeida@gmail.com

TITULAÇÃO

Mestrado e Doutorado pela Faculdade de Medicina da USP e Chefe do Setor de Ginecologia da Infância e Adolescência da Divisão de Clínica Ginecológica do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Presidente da SOGIA-BR.

PROLAPSO URETRAL EM MENINAS PRÉ-PÚBERES – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO E REVISÃO DA LITERATURA

URETHRAL PROLAPSE IN PREPUBERTAL GIRLS – A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

FILOMENA ASTE SILVEIRA¹, RAQUEL PIRES DE ALMEIDA², ADRIANO DOS SANTOS³, JULIANA MONTEIRO RAMOS COELHO⁴, MAURA AZZI TASSI⁵ E FELIPE BESSA⁶.

RESUMO

O prolapso uretral é afecção rara e benigna, sendo prevalente em mulheres pré-púberes ou pós-menopausa. Caracteriza-se pela eversão da mucosa uretral distal através do meato externo. Não há até o momento etiopatogenia definida, porém frequentemente associa-se ao hipostrogenismo e a situações que aumentem a pressão intra-abdominal. A predisposição genética ou congênita tem sido aventada por alguns autores. Clinicamente manifesta-se de forma assintomática ou com sangramento vaginal, sendo rara a presença de massa vulvar. O diagnóstico é essencialmente clínico e o tratamento é individualizado, visando diminuir o edema. É boa conduta estrogénizar a mucosa e orientar para boa higiene local. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico. Nos casos de recorrência do prolapso ou outras complicações, o tratamento cirúrgico está indicado. Quando não tratado ou tardiamente diagnosticado, pode evoluir para encarceramento e necrose, cursando com dor intensa no intróito vaginal, sangramento e disúria. O prognóstico do prolapso uretral é bom e tem resultados estéticos satisfatórios.

Palavras chave: prolapso uretral, sangramento urogenital, meninas pré-púberes

ABSTRACT

Urethral prolapse is rare and benign disease being prevalent in prepubertal women or post-menopausal women. It is characterized by eversion of the distal urethra via the external meatus. There hasn't been a defined etiology so far, but it's often associated with low estrogen levels and situations which increase intraabdominal pressure. The congenital or genetic predisposition has been suggested by some authors. Clinically it manifests itself in an asymptomatic way or with vaginal bleeding, with rare presence of vulvar mass. The diagnosis is essentially clinical and treatment is individualized in order to decrease swelling. It is a good conduct to estrogen the mucosa and guide to good hygiene. Treatment can be conservative or surgical. In case of recurrence of prolapse or other complications, surgical treatment is indicated. When untreated or diagnosed late, it can evolve to incarceration and necrosis, cursing to severe pain in the vaginal introitus, bleeding and dysuria. The prognosis of urethral prolapse is good and has satisfactory esthetic results.

Keywords: *Urethral prolapse, urogenital bleeding, prepubertal girls.*

INTRODUÇÃO

O prolapso uretral é afecção pouco frequente, tendo sido descrito pela primeira vez por Solingen, em 1732^{1,2,3}. Define-se como sendo a eversão da mucosa uretral através do meato externo e com frequência é relatado como sangramento vaginal. É uma causa rara de massa vulvar⁴. A incidência estimada é de 1:3.000^{2,5} e é frequentemente subdiagnosticado³. A distribuição etária é bimodal, ocorrendo em meninas pré-púberes e mulheres na pós-menopausa. A idade varia entre dois anos e meio e 10 anos, com média de 5,08 anos¹. Nas pré-púberes, a prevalência é na raça negra, muito embora Fernandes et al (1993) relatem 61% de meninas brancas nas pacientes por eles estudadas^{3,6,7,8}. Na pós-menopausa, a maior incidência é na raça caucasiana (86%)^{1,3}. Sanda et al (2012) reportaram 22 casos de prolapso uretral entre 2002 e 2011, observando que a prevalência desta doença é maior naqueles que apresentam contexto sócio econômico desfavorável¹. Deve-se realizar diagnóstico diferencial com outras massas uretrais, bem como descartar abuso sexual⁹.

A uretra feminina contém duas camadas de músculo liso - a camada longitudinal interna e a camada circular externa. A camada circular externa reveste a camada longitudinal através do comprimento da uretra. Estas duas, normalmente estão aderidas através de um tecido conectivo denso. A fragilidade ou separação destas duas camadas musculares leva ao prolapso uretral. Existe outra teoria que envolve a trombose das veias da região submucosa, similar ao que ocorre na hemorroida retal^{3,4,10}.

Em relação à fisiopatologia, até o momento não há causa esclarecida. O estado hipoestrogênico parece ter papel importante nesta alteração. A reduzida quantidade de receptores estrogênicos na uretra distal ratifica esta linha de pensamento¹¹. Em consequência, temos fragilidade na aderência entre o músculo liso longitudinal interno e o músculo liso circular externo^{3,10}. Após a protrusão do tecido prolapsado, ocorre constricção deste tecido pelo próprio tônus muscular do meato uretral. Isto resulta em graus variáveis de edema, congestão e, muito raramente, necrose¹².

Os fatores de risco para o prolapso uretral em crianças incluem as condições que levam ao aumento da pressão intra-abdominal (tosse crônica e/ ou constipação intestinal). Hillyer e cols (2008) demonstraram 34 casos onde algumas patologias estavam presentes: asma, traumas, hérnias e infecções do trato respiratório superior e sobrepeso^{2,13,14}.

Estudos africanos demonstraram que meninas que sofreram mutilação podem fazer parte do grupo de risco para esta doença. Isto se deve provavelmente à injúria desse ato, que ocasiona rompimento da fixação da musculatura perineal da uretra⁵.

Rodriguez et al (2006) verificaram a presença de prolapso uretral em gêmeas idênticas, o que pode sugerir a possibilidade de predisposição genética¹¹. Outros fatores de risco são sinalizados: a fragilidade do diafragma urogenital em crianças astênicas e defeitos congênitos da adesão entre as membranas mucosas e submucosas¹⁵.

Embora o prolapso uretral não tenha uma característica patognomônica, o exame histológico demonstra tecido polipóide ulcerado composto de estroma fibrovascular com veias dilatadas e alguns trombos organizados. Também podem estar presentes edema da mucosa, trombose vascular e células inflamatórias^{3,14}.

Apresenta-se de forma assintomática ou com sangramento vaginal. O aspecto pseudotumoral é variável, róseo ou violáceo e sangra espontaneamente. Diante deste quadro é necessário aventar como hipótese o prolapso uretral, porém outras causas de sangramento genital devem ser excluídas (violência sexual, traumatismos e tumor de vulva)^{1,8}. A avaliação de um médico perito pode ser necessária quando há suspeita de violência sexual^{1,2,9}.

RELATO DO CASO

CRF, sete anos, foi encaminhada ao ambulatório de ginecologia infanto-puberal do Hospital Escola de Valença, acompanhada de sua avó, que parecia bastante preocupada, pois foi informada que se tratava de tumor polipóide. Há seis meses queixava-se de disúria, hematúria e sangramento vaginal. Ao exame apresentava quadro típico de prolapso de uretra; a mucosa uretral encontrava-se evertida, sangrante, além de edema circundando a uretra (figura 1). Avó e neta foram esclarecidas e a medicação prescrita foi estrogênio tópico. Após 21 dias de tratamento, foi observado regressão do edema. Atualmente encontra-se assintomática.



Figura 1: Protrusão do tecido prolapsado através da uretra distal

DISCUSSÃO

O diagnóstico do prolapso de uretra é essencialmente clínico e feito pela simples inspeção na maioria dos casos^{2,8,11}. Pode ser assintomático e ser achado incidental durante o exame de rotina. É comum haver queixa de sangramento vaginal. A genitorragia se acompanha de massa periuretral. Pode haver queixa de disúria, retenção urinária e desconforto miccional^{11,14}. O sangramento pode se apresentar como *spotting* ou hematúria².

A complicação descrita na literatura é o encarceramento do prolapso uretral, que se apresenta com dor intensa no intróito vaginal, sangramento e disúria. Ao exame, a massa circular tem aspecto de “donut” – edemaciada, eritematosa, friável e com necrose^{11,12}. Nesta circunstância, o tratamento é cirúrgico^{2,10}. Em crianças, na dependência da faixa etária pode ser necessário o exame ginecológico sob sedação^{12,16}. Também pode ser confirmado ao se introduzir cateter de Foley no meato uretral através do anel concêntrico, que é o tecido prolapso¹⁶. A dor está presente nos casos em que já há trombose do tecido uretral ou área de necrose¹².

Exames complementares geralmente são desnecessários. A avaliação com urografia excretora, cistoscopia e ultrassonografia pélvica só deve ser realizada em condições específicas, como na suspeita de ureterocele ectópica prolapso, anormalidades na junção uretero-vesical ou investigação de malignidade^{10,17}.

O prolapso uretral apresenta-se como uma massa no intróito vaginal, circunferencial, edemaciada e congesta, de tamanho variável. Denomina-se prolapso moderado quando está entre 11 e 15 mm de diâmetro e severo o entre 15 e 30 mm de diâmetro¹⁵. Casas *et al* (2010) descreveram um caso de prolapso uretral em pré-púbere com 5 cm de diâmetro¹⁷.

O prolapso uretral pode ser classificado de acordo com a abordagem anatômica em total (ou circular) e parcial^{15,17}. Rudin *et al* (1997) estudaram 58 casos, encontrando 71% de prolapso total e 29% de parcial. No prolapso parcial, a mucosa prolapso é posterior ao orifício uretral. Esta parece ser uma forma transitória desta doença, que se não for tratado, pode evoluir para o prolapso total¹⁵.

Outros autores^{11,17} classificam o prolapso uretral em graus de I a IV. No grau I, o prolapso é mínimo ou parcial, sem inflamação. No grau II, o prolapso é circunferencial com edema. No grau III, consiste em massa edematosa com protrusão através dos lábios menores da vulva e no grau IV, a área prolapso apresenta inflamação hemorrágica, necrose ou ulceração^{11,17}.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com outras condições como condilomas, papiloma uretral, pólipos vaginal, hímen imperfurado e rhabdomiossarcoma⁴. Na situação denominada carúncula uretral, só ¼ do tecido uretral está exteriorizado³.

Na suspeita de trauma genital por abuso sexual, o exame deve incluir o uso de lupa, fotografias da lesão e avaliação especializada se necessário – tal como médico perito, pediatra e urologista⁹. É necessário solicitar urocultura para investigação de infecção urinária.

As principais causas de sangramento genital na criança pré-púbere estão descritas no quadro 1.

O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, devendo-se individualizar cada caso. Quando não tratado ou tardiamente diagnosticado, o prolapso evolui para encarceramento e necrose^{1,10}. Tratamento conservador pode ser a opção para os casos leves⁵. O tratamento cirúrgico pode variar desde a redução manual até a completa excisão cirúrgica, sendo utilizadas diferentes técnicas¹¹.

O principal objetivo do tratamento medicamentoso é diminuir o edema da mucosa, melhorar a higiene local e estrogênizar a mucosa uretral. É feito com banhos de assento com água morna, antibióticos tópicos ou sistêmicos e creme de estrogênio^{2,16}. Alguns autores referem sucesso no tratamento medicamentoso, sem quadro de recorrência, em 6 a 12 meses de acompanhamento⁶. Na literatura, o tratamento medicamentoso cursa com sucesso em um terço dos casos, sendo a preferência pelo tratamento cirúrgico^{1,2,12}.

O tratamento cirúrgico é utilizado nos casos onde o tratamento conservador foi ineficiente, na recorrência do prolapso e no desenvolvimento de complicações, como estrangulamen-

Quadro 1 – Principais causas de sangramento em meninas pré-púberes.

Traumática:	Infeciosa:	Alterações estruturais:	Neoplasias/tumores/ doenças hematológicas:	Causas hormonais:
- acidental - não acidental (ritual excisão) - abuso sexual	- streptococcus beta-hemolítico do grupo A - shigella - enterobíase - esquistossomíase	- condilomas - pólipos, cistos - prolapso vaginal, prolapso cervical - prolapso uretral	- sarcoma botríóide - rhabdomiossarcoma - malformação arteriovenosa - desordens da coagulação	- puberdade precoce (de diversas causas) - Síndrome McCune Albright - tumor secretor de estrogênio

Vunda A *et al*¹⁸

to do prolapso.¹⁵ Distintas técnicas cirúrgicas são citadas na literatura¹¹. A técnica de Kelly-Burnam consiste em introduzir um cateter de Foley na uretra e realizar suturas em quatro pontos cardinais como reparo (3, 6, 9 e 12h) e realiza-se a exeresse do tecido prolapsado entre as suturas de referência com posterior sutura bordos da mucosa sadia^{5,17}. O procedimento de Dannreuther é uma modificação desta técnica, onde a sutura é realizada logo abaixo do prolapso e é utilizada para prevenir a retração da mucosa uretral^{11,6}. Há que se ter cuidado durante a cirurgia para não causar danos no mecanismo esfinteriano.¹⁶ Também pode ser realizada a redução do prolapso sob anestesia, embora os estudos demonstrem grande taxa de recidiva¹².

A ligadura sob o cateter de Foley não tem sido mais utilizada devido às complicações como recidivas, infecções e dor no pós-operatório¹. Procedimentos como cauterização, crioterapia e ligadura da uretra prolapsada sobre o cateter de Foley também não são mais rotineiramente praticados^{3,6}.

As complicações no pós-operatório são pouco frequentes e incluem retenção urinária, estenose da uretra, sangramento e incontinência urinária¹².

CONCLUSÕES

O prolapso uretral é uma condição benigna e rara, sendo mais comum em meninas pré-púberes da raça negra. O diagnóstico é essencialmente clínico e deve ser aventado sempre que houver sangramento ou massa no introito vaginal em meninas pré-púberes.

Importante fazer o diagnóstico diferencial com outras doenças. Não existe tratamento ideal e não foram descritos algoritmos de tratamento para o manejo desta doença. A terapia conservadora do prolapso uretral deve ser utilizada somente nos casos leves e consiste no uso de antibióticos tópicos, cre-

mes de estrogênio e banhos de assento. O tratamento cirúrgico está indicado na maioria dos casos.

O prognóstico do prolapso uretral é bom e tem resultados estéticos satisfatórios. O reconhecimento precoce desta doença evita investigações exaustivas, dolorosas e desnecessárias, bem como consequências psicológicas importantes para as crianças e pais. O seguimento destas pacientes se faz necessário devido ao risco de recorrências e complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanda GO, Soumana A, Oumarou H. Le prolapsus muqueux de l'urètre chez la fillette: A propos de 22 cas colligés em dix ans ET une revue de la littérature. *African Journal of Urology*. 2012; 18: 93-96.
2. Hillyer S, Mooppan U, Kim H, Gulmi F. Diagnosis and treatment of urethral prolapsed in children: experience with 34 cases. *Urology*. 2009; 73:1008-11.
3. Rackley R, Vasavada S. Urethral prolapse. Acessado em 01 de junho de 2013. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/443165-overview>.
4. Sefton E, Shenoy, MU, Rance CH. Urethral prolapse in premenarchal girls. *BJU International*. 2000; 86(3): 402.
5. Adesiyon AG, Samaila MO. Childhood Urethral Mucosa Prolapse: Outcome of Surgical Treatment. *Nigerian Journal of surgical research*. 2006; 8(1-2) 63-66.
6. Richardson, David A, Hajj, Samir N, Herbst, Arthur L. Medical Treatment of Urethral Prolapse in Children. *Obstet & Gynecol*. 1982; 59(1):69-74.
7. Fernandes ET, Dekermacher S, Sabadin MA, Vaz F. Urethral prolapse in children. *Urology*. 1993 Mar; 41(3):240-2.
8. Aguayo EC, Alvira RD, Pollina JE, Ulecia MR, Esgueda AG, Ibarz JA. Diagnóstico diferencial de las masas interlabiales em niñas menores de 5 años. *Cir Pediatr* 2010; 23: 28-31.
9. Montes GA, Garcia HA, Pataquiva ME. Prolapso uretral: un diagnóstico diferencial del abuso sexual en niños. *Cuad Med Forense*. 2009; 58: 289-292.
10. Soares MJ, Covita A, Neves T, Monteiro P, Canhoto A, Nogueira R et al. Prolapso uretral encarcerado: A propósito de un caso clínico. *Arch Esp Urol*. 2008; 61(8): 922-4.
11. Rodriguez F, Scasso J. Prolapso de uretra em La niña a propósito de um caso clínico. *Arch Gin Obstet*. 2009; 47 (1-3): 1-64.
12. Torres T, Leite AL, Silva AV, Balona F, Ramalho G, Souza P, Ferreira G. Prolapso uretral – dois casos clínicos. *Acta urológica*. 2012; 4:47-50.
13. Valerie E, Gilchrist BF, Frischer J, Scriven R, Klotz DH, RamenofskyML. Diagnosis and treatment of urethral prolapse in children. *Urology*. 1999; 54(6): 1082-4.
14. Amery C, Villasante N, Ríos PH, Richards N, Contreras P. Prolapso de uretra en una paciente pediátrica. *Rev Arg Urol*. 2005; 190-3.
15. Rudin JE, Geldt VG, Alecseev EB. Prolapse of urethral mucosa in white female children: Experience with 58 cases. *J Ped Surgery* 1997; (32): 423-5.
16. Essiet A, Ikpi E, Essiet GA, Nkposong EO. Urethral prolapse: a case report and commentary on management. *Afr J Urol*. 2007;13(1):50-3.
17. Casas AM, Rosal, Morán AP. Prolapso parcial de mucosa uretral en niñas. Revisión de dos casos clínicos y propuesta de un nuevo abordaje quirúrgico. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex*. 2010 Feb; 67(1):58-62.
18. Vunda A, Vandertuin L, Gervais A. Urethral Prolapse: An Overlooked Diagnosis of Urogenital Bleeding in Pre-Menarcheal Girls. *J Pediatr*. 2011;158(4):682-3.

CORRESPONDÊNCIA

Filomena Aste Silveira
filomenasilveira@uol.com.br

TITULAÇÃO

1. Doutoranda em Ginecologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro; Titular das disciplinas de Ginecologia e Obstetrícia da Fundação Educacional André Arcoverde – Faculdade de Medicina de Valença – RJ. Coordenadora do ambulatório de infanto-puberal do Instituto de Ginecologia IG- UFRJ.
2. Médica ginecologista e obstetra, Preceptora do ambulatório de pré-natal do Hospital Escola – Faculdade de Medicina de Valença. Professora das disciplinas de ginecologia e obstetrícia da Fundação André Arcoverde – Faculdade de Medicina de Valença – RJ.
3. Mestre em Sexologia Clínica Universidade Gama Filho..Professor de Obstetrícia e Ginecologia da Fundação André Arcoverde – Valença- RJ e Universidade Severino Sombra – Vassouras – RJ.
4. Mestre em Epidemiologia. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Professora de ginecologia e obstetrícia da Fundação André Arcoverde – Valença – RJ.
5. Graduando de Medicina da Fundação Educacional André Arcoverde – Faculdade de Medicina de Valença – RJ.
6. Pós graduando ginecologia – colaborador do ambulatório de ginecologia Infanto -Puberal – IG –UFRJ.

Programe-se

XII Congresso Brasileiro da SOGIA.

Será realizado no **Maksoud Plaza Hotel em São Paulo, de 28 a 30 de Junho de 2012**, o XII Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, evento maior da SOGIA-BR.

Congresso ALOGIA 2013

Na última assembleia da ALOGIA, durante o Congresso de 2011 em Santiago do Chile, foi escolhido o Peru como sede do próximo congresso em 2013. Estaremos atualizando aqui as notícias sobre o mesmo. Desde já conclamamos a todos a comparecer no referido congresso, visitando esse lindo País.

Título de Qualificação em Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência 2012

Edital

Durante o XII Congresso Brasileiro de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência, de 28 a 30 de Junho de 2012 em São Paulo-SP, será realizado concurso para obtenção de **Título de Qualificação** em Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência. O concurso constará de prova escrita e avaliação do Currículum Vitae.

A prova escrita constará de 40 questões na forma de teste de múltipla escolha com uma única resposta correta.

O Currículum será analisado pela comissão examinadora e deve comprovar a efetiva experiência (estágio, atuação em Serviço Específico, publicações) do candidato, na área da tocoginecologia da infância e adolescência.

Para conseguir aprovação o candidato deverá alcançar a nota mínima sete, na escala de zero a dez. A prova escrita corresponde a 60% e a análise curricular 40% da nota final.

A ficha de inscrição (disponível no site do congresso) deverá ser encaminhada devidamente preenchida e acompanhada do comprovante de depósito do valor correspondente à taxa de inscrição (Banco Bradesco agência 498-7 CC 58853-9), pelo fax (11) 3088-2971, até o dia 20/06/12, bem como a documentação exigida no item pré requisitos. Os originais dos documentos deverão ser apresentados à comissão examinadora no local da prova.

Fazem parte deste Edital:

- A – Os pré-requisitos que permitem a inscrição para o concurso.
- B – Lista de 37 pontos dos quais serão extraídas as questões da prova.

A - Pré-requisitos

Para efetuar a inscrição o candidato terá que comprovar:

1. Ser sócio da SOGIA-BR, quite com as taxas de anuidade até 2011.
2. Estar regularmente habilitado pelo CRM, com anuidade paga.
3. Ser portador do TEGO.

B - Lista de pontos

1. Embriologia e anatomia do aparelho genital feminino
2. A consulta ginecológica na infância
3. A consulta ginecológica na adolescência e a ética médica
4. Vulvovaginite na infância
5. Sinéquias dos pequenos lábios
6. DST na infância e adolescência
7. Sangramento genital na infância
8. Crescimento, desenvolvimento e puberdade normal
9. Puberdade precoce e puberdade tardia
10. Sangramento uterino anormal na adolescência
11. TPM e dismenorréia na adolescência
12. Amenorréia primária
13. Amenorréia secundária na adolescência
14. Malformações genitais
15. Distúrbios da Diferenciação Sexual (DDS)
16. A sexualidade na infância e adolescência
17. Abuso e violência sexual na infância e adolescência
18. Síndromes adrogênicas
19. Síndrome dos ovários policísticos
20. Processos inflamatórios da mama
21. Tumores da mama na adolescência
22. Alterações do desenvolvimento e malformações da mama
23. Tumores do trato genital inferior em crianças e adolescentes
24. Tumores do trato genital superior em crianças e adolescentes
25. Anticoncepção na adolescência
26. Epidemiologia da gravidez na adolescência
27. O risco obstétrico na adolescente
28. O aborto na adolescência
29. Assistência Pré-Natal na adolescente
30. Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência
31. Aspectos nutricionais da gravidez na adolescência
32. DHEG na adolescente
33. Trabalho de parto prematuro na adolescente
34. Restrição de crescimento intra-uterino em adolescente
35. Assistência ao trabalho de parto e parto na adolescente
36. A mãe adolescente e amamentação
37. Puerpério e planejamento familiar da adolescente

Organizado pela Dra. Denise Monteiro, foi grande sucesso o curso em março deste ano, no Rio de Janeiro, contando com a participação de ilustres professores locais, como Ricardo Bruno e Célia Silva, além das outras duas Delegadas da SOGIA-BR naquele estado Filomena Silveira e Elaine Pires. Como convidados de outros estados tivemos Liliane Herter (RS), Marta Rehme (PR), Zuleide Cabral (MT) e José Alcione (SP). A ótima programação e as excelentes apresentações se refletiram na lotação da sala até o final. Vejam fotos em seguida.



CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA 25 de março de 2011 – Centro de Convenções do Windsor Flórida Hotel – Rio de Janeiro

8h00: Abertura da Secretaria

8h00 às 8h30: Café de Boas Vindas

8h30 às 8h40: ABERTURA: Presidente da SOGIA-BR - José Alcione Macedo Almeida

8h40 às 10h00: ABORDAGEM ÉTICA E LEGAL DO ATENDIMENTO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE (1h20)

Coordenadora: Stella R. Taquette

- A Consulta Ginecológica da Criança e Adolescente – Josele Rodrigues de Freitas
- Aspectos bioéticos no atendimento ginecológico da adolescente: Código de Ética Médica, Resolução do CFM nº 1.811/2006, Código Penal, ECA – Kátia Nogueira
- A Prescrição Médica Sem a Presença dos Responsáveis – Sandra de Moraes Pereira
- O papel do ginecologista na identificação da criança/adolescente que sofre abuso sexual – Elaine da Silva Pires Araújo
- Aspectos jurídicos e legais: a visão da promotoria de Justiça da Infância e Juventude – Promotora Maria Helena Ramos de Freitas

Discussão

10h00 às 11h20: ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA E OS NOVOS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DA OMS/FEBRASGO (1h20)

Coordenador: Ricardo Vasconcelos Bruno

- Anticoncepção oral: Que progesterona escolher? Qual é o melhor esquema: contínuo ou com pausa? – Marta Rehme
- Anticoncepção injetável: Quando utilizar? – Célia Regina da Silva
- Adesivo e anel vaginal: Vantagens e desvantagens – Liliane Herter
- Implante e SIU de levonorgestrel: Tem lugar na adolescência? – Zuleide Cabral
- Anticoncepção em situações especiais: trombofilia, obesidade, lúpus, epilepsia, HIV-positivo e atletas – Deyse Barrocas
- Discussão

11h20 às 12h40: VACINAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA (1h20)

Coordenadora: Vera Fonseca

- Calendário vacinal na adolescência: O que mudou? Quais as vacinas recomendadas para a gestante adolescente? – Flávia Bravo Nascentes da Silva
- Incidência da lesão intraepitelial na adolescência e a importância da vacina na prevenção do câncer de colo uterino – Denise Leite Maia Monteiro
- Vacina contra o HPV: Indicações das vacinas na prevenção das lesões por HPV e do câncer de colo uterino – Isabel do Val
- Vacina contra o HPV: Eficácia das vacinas na prevenção das lesões por HPV e do câncer de colo uterino – Cecília Maria Roteli Martins

- Vacina contra o HPV: Recomendações das Sociedades Científicas Nacionais e Internacionais – Fábio Bastos Russomano

• Discussão

12h40 às 14h00: Almoço

14h00 às 15h20: GRANDES DESAFIOS NA ADOLESCÊNCIA (1h20)

Coordenadora: Zuleide Cabral

- Indicações do uso do análogo do GnRH – José Alcione Macedo Almeida
- Sangramento uterino anormal na adolescência – Marta Rehme
- Hiperandrogenismo e Síndrome dos ovários policísticos – Isabel Bouzas
- Anorexia nervosa – Evelyn Eisenstein
- Bulimia – Claudio Tadeu Aroucas Garcia
- Discussão

15h20 às 16h40: DISTÚRBIOS DA PUBERDADE E DA DIFERENCIAÇÃO SEXUAL: DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS (1h20)

Coordenador: Hugo Miyahira

- Puberdade Precoce Central – Juraci Ghiaroni
- Puberdade Precoce Periférica – Rosimere de Jesus Teixeira
- Puberdade Tardia – Denise Leite Maia Monteiro
- Malformações congênitas – José Alcione Macedo Almeida
- Diferenciação sexual anormal – Liliane Herter
- Discussão

16h40 às 17h00: Intervalo

17h00 às 18h20: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA (1h20)

Coordenador: Nilo Vidigal de Carvalho

- Atendimento Pré-Natal da adolescente: o que é diferente da adulta? – Daniela Siccardi Menezes
- Assistência Pré-natal na adolescente com doença crônica – Nilson Ramires de Jesus
- Tratamento para clamídia e estreptococo do grupo B: está indicado? – Filomena Aste Silveira
- Principais intercorrências clínicas e obstétricas na gestante adolescente. – Alexandre Trajano
- Contracepção e orientações sobre a dupla proteção no puerpério e no atendimento por abortamento – José Leonídio Pereira
- Discussão (30 min.)

18h20 às 19h30: Show de encerramento - Com apresentação de Claudio Tadeu e os Naturais da Rocinha.

Delegados da SOGIA-BR

RIO GRANDE DO SUL

Liliane Herter lherter@terra.com.br

Marcelino H. Poli mepoli@terra.com.br

Glênio Spinato spinato@tpo.com.br

SANTA CATARINA

Fabiana Troian fatroian@yahoo.com.br

Ivana Fernandes ivanafernandes@hotmail.com

MATO GROSSO DO SUL

Tatiana Serra Cruz tatianasc@terra.com.br

DISTRITO FEDERAL

José Domingues Jr. josedo@terra.com.br

SÃO PAULO

Ribeirão Preto – SP: Rosana Maria dos Reis

ramareis@fmrp.usp.br

São Bernardo do Campo: Encarnação Rodriguez Laghai

elaghai@uol.com.br

Barueri: Arlete Gianfaldoni arletegi@terra.com.br

RIO DE JANEIRO

Filomena Aste Silveira femena@uol.com.br

Elaine Pires elainespiba@yahoo.com.br

ESPIRITO SANTO

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

MINAS GERAIS

João Tadeu Leite dos Reis joaotadeu@seven.com.br

Claudia Lucia Barbosa Salomão

ginecoinfantopub@yahoo.com.br

BAHIA

Cremilda Costa de Figueiredo cremilda@svn.com.br

Márcia Cunha Machado marciascmachado@uol.com.br

CEARÁ

Maria de Lourdes Caltabiano Magalhães

mariadelourdes@uol.com.br

MARANHÃO

Erika Krogh erikakrogh@yahoo.com.br

Normas e instruções para publicação em nossa revista

Instruções aos autores

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

Os trabalhos devem ser encaminhados **preferencialmente** por e-mail sogia@sogia.com.br, com cópia para josealcione.almeida@gmail.com acompanhados de autorização assinada por todos os autores para sua publicação na Revista da SOGIA-BR.

Quando for encaminhado pelo correio deve ser gravado em CD com duas cópias em papel, para o endereço da SOGIA constante na primeira página da Revista.

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

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

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

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

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

Normas para publicação em nossa revista

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

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

3. No texto, não se deve fazer uso de letras maiúsculas para destacar palavras nem mesmo no caso de nome próprio (escrever Pereira, e não PEREIRA). Não se deve usar ponto em siglas (OMS, e não O.M.S.) nem abreviações diferentes das clássicas e habituais.
4. Na página de rosto do trabalho, colocar o título deste, em português e inglês, nome completo e titulação dos autores, incluindo a função ou cargo na instituição onde foi desenvolvido o trabalho.
5. Aconselha-se a identificação da instituição onde o trabalho se desenvolveu. O endereço Para correspondência deve constar o nome completo do autor e e-mail e/ou fax.
6. O corpo de **Trabalho de Investigação** deve ser desenvolvido nos moldes: introdução, casuística e métodos (evitar o termo metodologia), resultados, discussão e conclusões.
7. O corpo de **Trabalho de Atualização ou Revisão** deve ser desenvolvido nos mesmos moldes: introdução, métodos (evitar o termo metodologia), resultados, discussão ou comentários e conclusões.
8. O corpo de **Trabalho Relato de Caso Clínico** deve ser desenvolvido nos moldes: introdução (revisão objetiva da literatura), métodos (como selecionou os trabalhos citados), Relato do Caso, discussão ou comentários. Quando couber, podem ter conclusões no final da discussão.
9. Todos os trabalhos devem conter **Resumo com palavras chaves** e **Abstract com keywords** e devem ser redigidos de forma a dar as informações completas do texto, de forma condensada.
10. Gráficos e tabelas devem ser o mais simples possível, somente com as informações estritamente necessárias à compreensão do texto. Fotos devem ser em alta resolução, próprias para impressão.
11. Referências bibliográficas: não ultrapassar 30 referências, que devem ser relacionadas no final do trabalho, **por ordem de citação no texto**. No texto as referências devem seguir o padrão exemplificado aqui: **Puberdade Precoce ocorre em 20 de cada 20 mil crianças**¹. Essa referência será a primeira da lista das referências bibliográficas, no final do texto.